



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

-ABOGACÍA-

“El Derecho a Morir”

Vanessa Maximino.-

Año 2011.-

RESUMEN

En la actualidad, la eutanasia activa, la pasiva y el suicidio asistido son formas de terminar con la vida que muchos consideran “dignas” y otros las califican como prácticas homicidas. No obstante el alto grado de importancia que la práctica de estas formas de muerte asistida tiene para nuestras vidas y el derecho, la legislación Argentina es sumamente escasa respecto a ella. Las lagunas legales en relación al derecho a morir dificultan el trabajo de los profesionales médicos y también el de los jueces a quienes se acude para obtener la autorización de dejar morir a un paciente; pero por sobre todas las cosas, este vacío legal, afecta rotundamente la calidad de vida y la dignidad de los pacientes que reclaman el respeto de su autonomía.

El presente trabajo analiza las tres formas de muerte asistida, las leyes nacionales e internacionales al respecto, junto con opiniones religiosas y los principios que apoyan el derecho a una muerte digna para aquellos cuya calidad de vida ha sido gravemente deteriorada por alguna enfermedad o discapacidad.

ABSTRACT

Nowadays, the active euthanasia, the passive one and the assisted suicide are the different ways of ending life that many consider “dignified” and others refer to them as murderous practices. In spite of the great importance that the practice of these ways of assisted death has for our lives and the law, the Argentinean law is scarce in relation to this topic. The lack of legislation related to the right to die, complicates the job of the physicians and the judges to whom people ask for the permission to let a patient die; but most importantly, this lack of legislation, strongly affects the quality of life and the dignity of the patients that are claiming respect for their autonomy.

This thesis analyzes the three types of assisted death, the national and the international laws about this subject, along with religious opinions and the principles that support the right to have a dignified death for those whose quality of life has been greatly deteriorated because of a disease or a disability.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de todo corazón a las distintas personas que estuvieron a mi lado a lo largo de mi carrera apoyándome y motivándome para dar lo mejor de mí. Y sobretodo a mis papás, que son las personas que más han hecho para que pueda llegar a esta instancia, no solo de mi carrera sino también de mi vida.

¡Gracias a todos!

ÍNDICE

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 PLANTEO DEL TEMA Y SU JUSTIFICACIÓN:	7
1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:	10
1.3 OBJETIVOS:.....	10
1.3.1 <i>Objetivos Generales:</i>	10
1.3.2 <i>Objetivos Particulares:</i>	11
1.4 METODOLOGÍA:	11
1.5 ESTRUCTURA DEL TRABAJO	12
CAPITULO II: LA VIDA.....	14
2.1 EL DERECHO A LA VIDA	15
2.2 EL DERECHO A LA VIDA, LA LIBERTAD Y SUS LIMITACIONES.....	16
2.3 EL VALOR DE LA DIGNIDAD HUMANA Y EL PRINCIPIO DE AUTODETERMINACIÓN.....	18
CAPITULO III: LA MUERTE VOLUNTARIA.	24
3.1 EL SUICIDIO.....	25
3.1.1 <i>Suicidio en la Argentina</i>	31
3.2 LA EUTANASIA PASIVA Y ACTIVA Y EL SUICIDIO ASISTIDO	33
3.3 TESTAMENTO VITAL O DECLARACIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTAD.....	36
CAPITULO IV: LA MUERTE ASISTIDA EN LAS RELIGIONES Y LAS LEGISLACIONES DEL MUNDO.....	47
4.1 LA MUERTE ASISTIDA Y LA RELIGIÓN.....	48
4.1.1 <i>Católicos</i>	48
4.1.2 <i>Judíos</i>	54
4.1.3 <i>Musulmanes</i>	57
4.1.5 <i>Hinduistas</i>	59
4.1.4 <i>Budistas</i>	64

4.2 LA MUERTE ASISTIDA Y LAS LEYES EN EL MUNDO	65
4.2.1 Holanda	65
4.2.2 Reino Unido.....	66
4.2.3 Australia.....	69
4.2.4 Estados Unidos.....	69
4.2.5 Suiza.....	75
4.2.6 Argentina.....	79
CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN.	92
CAPÍTULO VI: FUENTES.	101
6.1 BIBLIOGRAFÍA	102
6.2 ANEXOS.....	107
6.2.1 ANEXO I: Entrevista por correo electrónico a DIGNITAS (Geiger, 2009).	108
6.2.2 ANEXO II: Entrevista por correo electrónico sobre el pensamiento Budista con respecto a la muerte asistida (Karutomo, 2009).....	132
6.2.3 ANEXO III: Película: “You Don’t Know Jack”.	136
6.2.4 ANEXO IV: Documental: “The Suicide Tourist”.	138
6.2.5 ANEXO V: Entrevista por correo electrónico sobre el pensamiento Judío con respecto a la muerte asistida (Marcó, 2011).	140
6.2.6 ANEXO VI: Proyecto de Ley sobre Testamento Vital.	148
6.2.7 ANEXO VII: Ley Provincial B N° 4264: “Derechos de los enfermos terminales. Derecho a la dignidad y respeto a la calidad de vida”.	159
6.2.8 ANEXO VIII: Informe Belmont.....	165
6.2.9 ANEXO IX: Jurisprudencia.....	182

Capítulo I: *Introducción.*

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteo del tema y su justificación:

El Derecho a la Vida es el derecho en base al cual se ha creado el conjunto de derechos, principios y valores que rigen nuestra existencia y comportamiento en la sociedad a la que pertenecemos. Dos principios fundamentales que hacen al ejercicio pleno del derecho a vivir son: la dignidad y la autodeterminación. En pocas palabras, la dignidad consiste en el respeto que cada ser humano merece como tal de parte de la sociedad, mientras que la autodeterminación implica el respeto de las decisiones que cada individuo toma para sí como dueño que es de las elecciones que lo afectan a él mientras no perjudiquen a terceros. El derecho a la Libertad es compuesto por estos principios que hacen efectivo el cumplimiento del derecho a la vida, y como tal debe ser reconocido a todos los seres humanos con las limitaciones que correspondan según el caso.

A pesar de que el derecho a la libertad se ha creado directamente para un correcto ejercicio del derecho a la vida, se plantea la cuestión de si la libertad que ha sido otorgada a las personas también puede permitirles decidir cuándo terminar con sus propias vidas, es decir, si existe un "derecho a la muerte".

El derecho a la vida es por excelencia el derecho supremo reconocido y defendido por los países que conforman la comunidad internacional y existe consenso universal con respecto a su importancia, tanto religiosa como legal; uno de los documentos internacionales más importantes que es la Declaración Universal de Derechos Humanos, contempla este derecho en su Artículo 3: “Todo individuo tiene

derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.” (ONU, Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

A diferencia de lo que ocurre con el derecho a vivir, el “derecho a morir” no se encuentra contemplado específicamente en ningún documento internacional; no obstante, hay algunas comunidades que otorgan a los individuos que pertenecen a ellas la facultad de terminar con su propia vida.

La *eutanasia*, tanto en su forma *pasiva* como *activa*, y también el *suicidio asistido*, son formas de terminar con la vida de una persona que suponen lo que algunos llaman una “muerte digna”. Por más que las tres tienen una misma finalidad, su proceder es considerablemente distinto, lo que hace que su tratamiento legal y la respuesta de las personas frente a cada una de ellas sea diferente.

El hecho de que algunas sociedades acepten el derecho a morir y otras no, responde a que en el mundo el significado, tanto de la vida como de la muerte, varía de acuerdo a dos factores claves: la religión y la legislación. Estos factores guían el comportamiento de las distintas sociedades y, por ende, son determinantes en relación a la actitud que cada individuo toma respecto a su vida y a su muerte. En general, desde un punto de vista puramente religioso, la muerte nos llega a todos a su debido tiempo y no podemos adjudicarnos una facultad divina para modificar el curso de la naturaleza, ya que sólo a Dios le corresponde decidir cuándo terminan nuestras vidas. Desde un punto de vista legal, en la mayoría de las legislaciones del mundo el matar a alguien o asistirlo en su suicidio, por más que sea con un fin piadoso, se considera un delito sumamente grave.

No obstante, más allá de las posturas generales tomadas por la religión o la legislación, existen muchos otros aspectos a tener en cuenta antes de juzgar en cada

caso, de los cuales uno de los más relevantes y controversiales es el estado de salud de la persona que desea morir; es por esto que la cuestión de si una persona puede o no decidir cuándo morir adquiere mayor importancia cuando el paciente está sufriendo, ya sea por lesiones o por enfermedades (físicas o mentales) que traen aparejados detrimentos rotundos en la capacidad de desenvolverse normalmente en su vida. En la actualidad, los avances tecnológicos en el ámbito de la medicina hacen que se pueda determinar con mayor rapidez y certeza el estado clínico de una persona; como consecuencia, se puede conocer, en la mayoría de los casos con antelación y seguridad, el estado de salud que puede motivar a alguien a querer quitarse la vida o a pedir a otro que le ayude a llevar a cabo su deseo. Por ejemplo, salvo algunas excepciones, cuando a una persona se le diagnostica una parálisis total de su cuerpo, ella es consciente de que esto modifica radicalmente su calidad y forma de vida, y es en ese momento cuando entra en juego la cuestión de si esa persona tiene la libertad de elegir si está dispuesta y/o quiere sufrir las consecuencias de esos cambios en su vida o prefiere terminar con la misma y no prolongar algo que a la larga pueda dañar su calidad de vida, no sólo desde un punto de vista físico sino psíquico también. Existen miles de personas que sufren de trastornos físicos y enfermedades que disminuyen el disfrute de sus derechos fundamentales y ésto hace que los profesionales de la medicina se vean atrapados en el dilema de decidir si deben dar prioridad a la autodeterminación del paciente o a la vida del mismo.

El suicidio ha sido siempre mal visto y en muchos casos se lo ha considerado un actuar subjetivamente egoísta y caprichoso; sin embargo, cuando uno analiza las circunstancias del caso en particular, la concepción de este acto cambia. Cuando son suicidios realizados por personas que lo hacen porque no pueden tolerar más el dolor o

la frustración que le genera su incapacidad, uno debería ponerse en su lugar para poder pensar con mayor claridad si debería primar el derecho a la autodeterminación por sobre la idea general pro-vida, ya que es la persona y no la sociedad quien padece ese malestar.

Cuando hablamos del derecho a la vida hablamos de una vida digna, que se pueda disfrutar y que no se vea completamente limitada, porque cuando el cumplimiento de un derecho se ve afectado por limitaciones extremas, tanto su efectividad como existencia devienen nulas.

1.2 Delimitación del problema:

Ubicándonos en la amplia temática de la vida y la muerte en relación a las religiones, legislaciones y culturas del mundo, en este trabajo se realizaron algunos recortes que delimitan la problemática a analizar.

Lo que se pretende aquí es centrarse en los temas tenidos en cuenta en la introducción en relación al derecho a la vida y la muerte para, luego de su análisis conciso pero significativo, determinar si debería reconocerse el “derecho a morir” en nuestra legislación.

1.3 Objetivos:

1.3.1 Objetivos Generales:

- » Evaluar la conveniencia o no de la legalización de la eutanasia activa y/o del suicidio asistido en nuestro país.
- » Tomar y plantear mi postura fundamentada en base al tema.

1.3.2 Objetivos Particulares:

- » Hacer una breve pero relevante mención del significado de la muerte y del suicidio en distintas religiones del mundo.
- » Establecer claramente las diferencias entre eutanasia pasiva, eutanasia activa y el suicidio asistido para entender sus implicancias y el por qué de su naturaleza controversial.
- » Recabar información de personas idóneas sobre el tema (médicos, abogados y sociólogos).
- » Analizar lo que la legislación nacional actual contiene en relación a este tema.
- » Analizar los datos mencionados en los incisos anteriores para concluir sobre el origen del derecho a morir y las consecuencias y cambios que traería aparejados la consideración del mismo en la legislación nacional.
- » Consultar Jurisprudencia, Doctrina y Derecho Comparado.

1.4 Metodología:

La **investigación** comienza con la formulación de preguntas sobre determinados fenómenos. La mayor dificultad reside en elegir un método de recolección de

información que sea apropiado para los interrogantes planteados. El **método** es la estrategia orientada a solucionar los problemas planteados por el investigador con un fin determinado. En este sentido, la elección de un método depende del objeto de estudio y del problema planteado. La **técnica** supone un nivel de menor generalidad y podría definirse como el conjunto de procedimientos tendientes al logro de un objetivo, es decir, refiere a diferentes formas de recolección de datos.

Este trabajo se encuentra enmarcado dentro de la metodología cualitativa de investigación, y en este sentido, se utilizó como técnica básica de recolección de datos el análisis, recolección y fichado de fuentes documentales y bibliográficas diversas. Entre ellas, bibliografía de autores importantes, fallos relevantes al tema, Códigos argentinos, Constitución argentina, proyectos de ley, entre otras.

Por otra parte, también es menester enmarcar esta investigación dentro del reglamento interno de nuestra universidad. Lo que este informe refleja puede encuadrarse dentro de lo que se denomina *Proyecto de Investigación Aplicada*. Es decir, se trata de una investigación que aborda una problemática determinada desde un cuerpo teórico y metodológico ya existente.

1.5 Estructura del trabajo

Este trabajo se encuentra organizado en 5 capítulos.

El primero, en el que se expone la introducción del estudio, esto es: tema, problema, justificación, objetivos y metodología. En el segundo capítulo se habla sobre la vida, la libertad, la dignidad y la autonomía de la voluntad. El tercero trata la temática

de la muerte, el suicidio y los métodos de muerte asistida. En el cuarto capítulo se exponen las distintas concepciones religiosas y legales respecto a la muerte asistida en el mundo. El quinto capítulo contiene las conclusiones extraídas de los temas abordados en el trabajo y, por último, en el capítulo seis se encuentra la bibliografía y los anexos que han servido de fuente para el desarrollo de los temas expuestos.

Capítulo II: *La Vida.*

2.1 EL DERECHO A LA VIDA

El Derecho a la Vida es el derecho fundamental alrededor del cual giran todos los demás derechos reconocidos a los hombres. La vida para el derecho es sinónimo de existencia, es por ello que desde el momento en que somos concebidos, para las leyes somos considerados sujetos de derecho; el nacer, crecer y desarrollarse están implicados en este derecho y a partir de esto, el ser humano es pasible de poner en práctica todas las demás facultades que las leyes le reconocen, ya que posee la llamada “capacidad de derecho”, que es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones, como lo indican los artículos 51 y 52 del Código Civil de la República Argentina.

Éstos son solo algunos ejemplos de importantes documentos que contemplan esta esencial facultad humana: la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (ONU 1948) en su artículo 3º dice “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”; el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966) en su artículo 6 dice “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”; En la *Convención Americana de Derechos Humanos* “El Pacto de San José de Costa Rica 1969) en el primer párrafo de su artículo 4º dice “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.”; La *Convención Europea de Derechos Humanos* en su artículo 2º dice “El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionalmente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.”.

En la actualidad, los avances tecnológicos permiten prolongar la vida de los pacientes, siempre y cuando su estado de salud y situación económica le permitan tener acceso a los nuevos tratamientos. El hecho de que se les prolongue la vida no significa que la calidad de ésta sea óptima, ya que muchas veces por más que se los mantenga con vida, física o mentalmente pueden encontrarse paralizados o limitados para muchas actividades. Cuando la incapacidad es sólo física, el paciente se encuentra en condiciones de expresar su voluntad y, por lo tanto, el derecho a elegir sobre su propia vida permanece activo. En cambio, cuando la incapacidad es mental, el derecho de decisión sobre la vida del paciente se traslada a sus familiares o a los médicos en su defecto.

La libertad es el derecho que va de la mano con el derecho fundamental de vivir, ya que hace al ejercicio de este último; por ende, sin libertad para elegir sobre la vida de uno mismo, el derecho a vivir pierde su eficacia, ya que al limitarse un derecho de esa forma éste pierde su calidad de facultad pragmática para la persona a quien le ha sido reconocido; si uno posee la capacidad para crear algo pero carece de las herramientas para realizarlo, entonces la capacidad de crear deviene nula, lo mismo pasa con la vida sin la libertad.

2.2 EL DERECHO A LA VIDA, LA LIBERTAD Y SUS LIMITACIONES

El Preámbulo de la primer Constitución Francesa (1791) en su Art. 4º dice: “La libertad consiste en poder hacer todo aquello que no perjudique a otro: por eso, el ejercicio de los derechos naturales de cada hombre no tiene otros límites que los que

garantizan a los demás miembros de la sociedad el goce de estos mismos derechos. Tales límites sólo pueden ser determinados por la ley”; y en su Art. 5º, en términos luego seguidos por nuestra Constitución Nacional de 1853 en el Art- 19, dice: “La ley sólo tiene derecho a prohibir los actos perjudiciales para la sociedad. Nada que no esté prohibido por la ley puede ser impedido, y nadie puede ser constreñido a hacer algo que ésta no ordene.”

Luego de leer los párrafos citados se puede deducir que nuestro derecho a la vida, con todo lo que ello implica, se ejerce mediante la libertad que se nos reconoce para actuar, pero esta libertad se encuentra limitada por los derechos reconocidos a los otros miembros de la sociedad; precisamente como lo dice la famosa frase “Mi libertad termina donde empiezan los derechos de los demás”.

Cuando una persona decide morir es de esperarse que su decisión afecte emocionalmente a sus familiares y allegados, y en muchas ocasiones, que dicha decisión genere controversias entre ellos; pero esto no significa que perjudique ningún derecho legalmente reconocido a estos. Aquí toma relevancia el derecho a la autodeterminación, que en relación con el derecho a morir, según la Corte Federal Suiza, implica “el derecho de decidir de la forma y en el momento en el que uno puede terminar su propia vida; dado que la persona afectada es libre de formar su propia voluntad y actuar en consecuencia” (DIGNITAS, 2008). Como dijo el filósofo Troisfontaines “Mi libertad que no concurrió en mi nacimiento, tendrá que ejercitarse en mi muerte” (Baliña, 1986).

2.3 EL VALOR DE LA DIGNIDAD HUMANA Y EL PRINCIPIO DE AUTODETERMINACIÓN

La palabra “*dignidad*” proviene del término en latín *dignitas* el cual deriva de *dignus* que significa “digno de, merecedor”.

La dignidad refiere a un valor esencial que todas las personas tienen por igual y que las hace merecedoras del respeto por parte de los otros por el solo hecho de ser seres humanos dotados de vida, sentimientos, valores y pensamientos (“Aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor intrínseco, esto es, dignidad” (Kant, 2005)).

La dignidad humana puede ser definida de una manera más amplia como la “inviolabilidad de cada persona, [el] reconocimiento de que no puede ser utilizada o sacrificada por los demás como un mero instrumento para la realización de fines generales. Es además el reconocimiento de la autonomía de cada cual para trazar sus propios planes en la vida y sus propios baremos de excelencia sin otro límite que el derecho semejante de los otros a la misma autonomía y el reconocimiento de que cada cual debe ser tratado socialmente con su conducta, mérito o demérito personales, y no según aquellos factores aleatorios que no son esenciales a su humanidad: raza, etnia, sexo, clase social, etc.” (Martínez Zamora, Loy Vera, & Lugo Já, 2007). Con esta excelente definición inferimos que la dignidad es algo innato que se reconoce a todas las personas, ya que no depende de las cosas extrínsecas que las diferencian.

La dignidad es conocida internacionalmente como el valor que le da base al reconocimiento de los derechos humanos:

- “Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)” (ONU, 1948) afirma que:

- En el 1^{er} Considerando del Preámbulo:

- » *la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca...*

- En el 5^o Considerando del Preámbulo:

- » *los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en ...la dignidad y el valor de la persona...*

- En el Artículo 1^o:

- » *todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad...*

- La “Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH)” (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1948) afirma que:

- En el 1^{er} Considerando:

- » *los pueblos americanos han dignificado la persona humana...*

- El 2^o Considerando:

» *...los Estados americanos han reconocido que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de un determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana...*

- El 2º Considerando de la “Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes” (ONU, 1984) afirma explícitamente que los Derechos Humanos:

» *emanan de la dignidad inherente de la persona humana.*

Hay que tener en cuenta que la dignidad no solo se relaciona con nuestra vida sino también con nuestra muerte: “La dignidad de la muerte se vincula con la libre decisión tomada respecto de la continuación o no de un tratamiento intrusivo o invalidante, con la externación hospitalaria para permitir que la muerte de un hombre acaezca estando éste rodeado de las cosas y los afectos familiares o en un lugar aséptico, con el testamento de vida, aceptando la mitigación del dolor o rechazando padecimientos inconducentes y extensos, la opción por los cuidados paliativos. Si no es pensable la vida sin dignidad, la muerte sin dignidad tampoco lo es. Vida y muerte tienen en común, en este planteo, el profundo respeto al hombre”. (Mackinson, 2001)

En cuanto a la **“autonomía de la voluntad”**: el término autonomía deriva del griego, donde *autos* significa “propio” y *nomos* quiere decir “regla”; esto indica que tener autonomía significa poder darnos nuestra propia regla.

“El principio de autonomía es aquel que indica que siempre debemos respetar a las personas. Es decir, toda persona que satisface ciertas características, debe ser tratada

como un agente autónomo y respetada de manera acorde, y aquellas cuya autonomía se ve reducida (niños, personas disminuidas) deben ser protegidas. Los seres humanos tienen, en virtud de su propia naturaleza, la capacidad de elegir racionalmente y actuar de acuerdo a sus propias decisiones, esto es, poseen valor en sí mismos. Este valor debe ser respetado y se manifiesta cuando se toma en cuenta las opiniones y decisiones de las personas autónomas absteniéndose de interferir en ellas, siempre que no perjudiquen a otros seres humanos. Para lo cual se deben cumplir tres requisitos: en primer lugar, una acción autónoma no debe ser forzada, el agente decide por sí mismo qué hacer; en segundo lugar la noción de autonomía supone más que ser libre para decidir, implica también la posesión de opciones reales; finalmente, es necesario que reciba toda la información relevante, la persona ejerce la autonomía en sentido completo cuando toma decisiones informadas. El principio de autonomía es la base moral de la doctrina de consentimiento y rechazo informado.” (Luna & Salles, 1995)

Aplicando la definición de autonomía que dan Luna y Salles al momento de decidir sobre nuestra propia muerte, podríamos decir que la verdadera “autonomía del paciente” es correctamente reconocida cuando:

- El paciente no se encuentra presionado por nadie ni nada y su decisión no afecta a ningún tercero (como sería el caso de la decisión de una mujer embarazada que puede afectar la vida del hijo que lleva en su vientre).
- Se le ofrecen las opciones entre las cuales puede elegir, ya que sin alternativas no hay elección propiamente dicha.
- Se informa al paciente de modo completo y detallado sobre su estado y sobre la conveniencia o no de cada alternativa, ya que lo que se

pretende es un consentimiento o rechazo *informado* (la omisión de informar debidamente es una forma de disminuir o anular por completo las alternativas que tiene el paciente a la hora de decidir, lo cual hace que su decisión no refleje su verdadera autonomía).

En la práctica médica existen dos principios fundamentales: el *principio de beneficencia* (que en este contexto se refiere a que el médico debe procurar, en base al caso particular, sus conocimientos y experiencia, el mayor bienestar para el paciente) y el *principio de no maleficencia* (que implica no dañar la vida del paciente). Hay casos en los que la voluntad del paciente es contraria a lo que la medicina aconseja para salvar su vida; esto sitúa a los médicos ante una encrucijada, ya que tienen la obligación de procurar no dañar la vida del paciente pero, a su vez, deben respetar la autonomía de este último. Ante este dilema, los profesionales deben tener en cuenta que “el juramento hipocrático exige de los médicos que busquen el beneficio de sus pacientes "según su mejor juicio". Aprender lo que producirá un beneficio puede de hecho requerir exponer personas a algún riesgo. El problema planteado por estos imperativos es decidir cuándo buscar ciertos beneficios puede estar justificado, a pesar de los riesgos que pueda conllevar, y cuándo los beneficios deben ser abandonados debido a los riesgos que conllevan” (Departamento de Salud, Educación y Bienestar de E.E.U.U, 1979) (“Informe Belmont” ANEXO VIII). El principio de beneficencia se relaciona estrechamente con el de autonomía del paciente, ya que cuando los profesionales respetan la voluntad consciente e informada del paciente, hacen primar el bienestar físico y emocional que esto produce en el mismo, por sobre las recomendaciones de la medicina de acuerdo al caso.

El “mayor bienestar” para quien padece una enfermedad no siempre es ser mantenido con vida. Vivir va más allá de la mera existencia, lo que importa es la calidad con la que se vive; cuando el paciente decide que ya no quiere seguir sufriendo está reclamando no solo el derecho a decidir sobre sí mismo, sino también a que se respete su dignidad.

Mientras que la dignidad es el valor intrínseco de los hombres que da fundamento a sus derechos, la autonomía es un derecho del hombre, y como tal, encuentra su limitación en los derechos de los otros (se puede decidir sobre la vida de uno mismo siempre que con esa determinación no se afecte la vida de terceros). Lo que tienen en común es que, tanto la *dignidad* como la *autonomía de la voluntad*, son reconocidas a todos los seres humanos por el solo hecho de ser tales, y se complementan para la actuación libre del individuo en sociedad, respetando a sus pares y siendo respetados por éstos. El reconocimiento de ambas es esencial para nuestro bienestar pleno y nuestra vida en sociedad.

Capitulo III: *La Muerte Voluntaria.*

3.1 EL SUICIDIO

(Durkheim, El Suicidio, 1985)

Independientemente de que el presente es un trabajo que se centra sobretodo en los aspectos legales relacionados con la muerte voluntaria, considero necesario hacer una breve referencia del suicidio como fenómeno sociológico, ya que de esta forma se comprenderá mejor por qué una persona puede desear y reclamar su derecho a morir.

Según el sociólogo Emile Durkheim el término *suicidio* refiere a “...todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir dicho resultado...”.

En un principio Durkheim relaciona el suicidio con la enajenación mental, y al hacerlo reconoce cuatro tipos de *suicidas vesánicos*¹: (Durkheim, El Suicidio, 1985)

- *Maniático*: como producto de su delirio la persona decide de un momento a otro suicidarse por motivos imaginarios e inestables (“El enfermo se mata para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginarios o para obedecer a una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etc.”), lo cual hace que intente suicidarse y si el intento falla no vuelva a hacerlo en el momento, y de hacerlo, será con otra motivación distinta a la original dado que lo que

¹ *Vesania*: Demencia, locura, furia. (Real Academia Española)

caracteriza a este tipo de enfermedad son los pensamientos irreales y cambiantes en corto tiempo.

- *Melancólico*: la causal en este caso es un profundo estado de depresión que sufre la persona, que le hace pensar que su vida ya no tiene sentido. Se caracteriza, a diferencia del suicidio maniático, por la presencia constante y fija de la idea de suicidarse. Al momento de terminar con su vida puede que se arrepienta, pero en la mayoría de los casos los intentos se repiten y cada vez con mayor frecuencia.

- *Obsesivo*: el sujeto tiene la idea fija de matarse sin motivo alguno más que su obsesión por la muerte. La persona es consciente de que su pensamiento es irracional e injustificado pero aún así la atracción por terminar con su vida está en todo momento y le es casi imposible combatirla. Sólo un intento fallido de suicidio a una persona que sufre de esta obsesión puede calmar su ansiedad por un tiempo, de lo contrario siente una opresión y un desasosiego constantes.

- *Impulsivo o automático*: este tipo de suicida es una combinación del maniático, por lo repentino de la decisión de matarse, y del obsesivo, por la falta de justificativo para llegar a tomar esta decisión. La idea de suicidio nace instantáneamente ante circunstancias u objetos particulares y el actuar consecuente del sujeto se da con tanta rapidez que en la mayoría de los casos ni son conscientes de lo que les está sucediendo.

Sin embargo, a lo largo de su estudio del comportamiento de los suicidas, Durkheim reconoce que no sólo las personas que sufren de locura son quienes tienen

ideas suicidas, sino que estas pueden responder a otros factores tanto inherentes como ajenos a la persona.

Existen variables como el sexo, la edad, factores climáticos, etc. que tienen una gran influencia en los índices de suicidio.

En relación al factor *sexo*, el análisis de Durkheim daba como resultado un mayor número de suicidas de sexo masculino; el motivo de ello responde a que era mayor la exposición del hombre ante la sociedad y, por lo tanto, a los problemas, rechazos y presiones que se generaban en la misma; no era el caso de las mujeres, quienes en la mayoría de los casos eran amas de casa y no tenían una vida social similar a la del hombre, lo que en cierta forma la “protegía” de todos esos efectos negativos que esta podía ocasionarle. Hoy en día, el rol de la mujer ha cambiado rotundamente ya que ha igualado al hombre en la vida social que lleva, lo cual trae como consecuencia que ambos sean afectados por los mismos problemas sociales y que en el caso de las mujeres también cuenten con el plus de las presiones de una sociedad históricamente machista (por la discriminación y competencia), las preocupaciones hogareñas y la crianza de sus hijos, lo cual la hace aún más vulnerable. No obstante, los hombres continúan teniendo una mayor tendencia a suicidarse porque presentan disfunciones mentales graves (enfermedades mentales) con mayor frecuencia y porque tienen acceso y eligen métodos más agresivos que son, por ende, más efectivos (mediante el uso de armas de fuego, ahorcamiento, etc.) que los de las mujeres, quienes suelen utilizar métodos que tienen mayores probabilidades de fallar (de hecho, las mujeres superan a los hombres en la tasa de suicidios fallidos, en muchos casos estas tentativas se hacen

con el afán de amenazar y lograr más atención en momentos de depresión) (Flores Bedregal, 2001).

La *edad* es otro de los factores que influyen en la tendencia al suicidio. En la época de Durkheim las tasas más altas de suicidio estaban en la brecha de los adultos de 40 años hasta los 70. Esto se explicaba por su mayor consciencia respecto a las presiones de la sociedad, los objetivos de vida o la falta de ellos, las obligaciones y responsabilidades, etc. En la actualidad, el número de adolescentes que se suicidan es significativamente mayor y en algunos países hasta llegan a superar las tasas de suicidio de los adultos, lo cual demuestra cómo las presiones sociales y la incertidumbre con respecto al futuro o el miedo al fracaso afectan a los sujetos de manera determinante desde una edad temprana y la tendencia al facilismo o a escaparse de esa realidad aumenta cada vez más (Organización Mundial de La Salud, 2010).

Con respecto a los *factores climáticos* Durkheim considera que el suicidio es un hecho que puede suceder en cualquier momento independientemente del clima, pero reconoce que la época del año en el que se registra un mayor número de suicidios es el verano, que al decir de Enrico Ferri (criminólogo y sociólogo italiano) es cuando nuestro sistema nervioso se ve afectado por el calor al generar este un aumento de energía y excitabilidad que necesitan exteriorizarse y en muchos casos lo hacen a través de actos violentos como es el suicidio.

Tipos Sociales de Suicidio

Según Durkheim existen básicamente tres tipos sociales de suicidio:

- *Suicidio Egoísta:*

El hombre es un ser que encuentra sentido a la vida cuando se siente útil y se plantea objetivos para cumplir, ya que para él el individuo en sí no es un fin suficiente sino que necesita de un fin que le exceda, que justifique su existencia. La relación entre el hombre y la sociedad es fundamental para que el primero se sienta parte de algo que está fuera de sí mismo y, por ende, su vida tenga sentido. Cuando un hombre decide vivir su vida individualmente sin hacer caso más que a sí mismo, el nexo que lo une a la sociedad se debilita, y poco a poco el sujeto comienza a sufrir un estado de astenia² que probablemente lo haga perder por completo el interés en seguir viviendo.

- *Suicidio Altruista:*

En las sociedades pequeñas, en las que existe un alto nivel de integración de los individuos que la componen, se relacionan de tal forma que “el yo no se pertenece, se confunde con otra cosa que no es él, el polo de su conducta está situado fuera de él, en el grupo del que forma parte” (Durkheim, El Suicidio, 1985), se pierde el sentido de la individualidad y la persona se siente obligada a cumplir con las expectativas de la sociedad. Este tipo de suicidios se daban en gran medida en las sociedades primitivas, algunos ejemplos son:

² *Astenia:* Falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa (Real Academia Española).

- » Suicidios de hombres que habían llegado a la vejez o padecían una enfermedad que los hacía inútiles para la sociedad (Visigodos, Celtas, Hérulos, Trogloditas y otros.)
- » Suicidios de mujeres al fallecer sus maridos (Bárbaros)
- » Suicidio de los sirvientes cuando fallecía su jefe (Achantes, Galos)

En todos estos casos, la persona (anciano, enfermo, viuda, sirviente) se veía obligada por la sociedad a suicidarse, ya que de lo contrario serían denigrados y apartados por la sociedad por no cumplir con su deber acorde a las circunstancias.

- *Suicidio Anómico:*

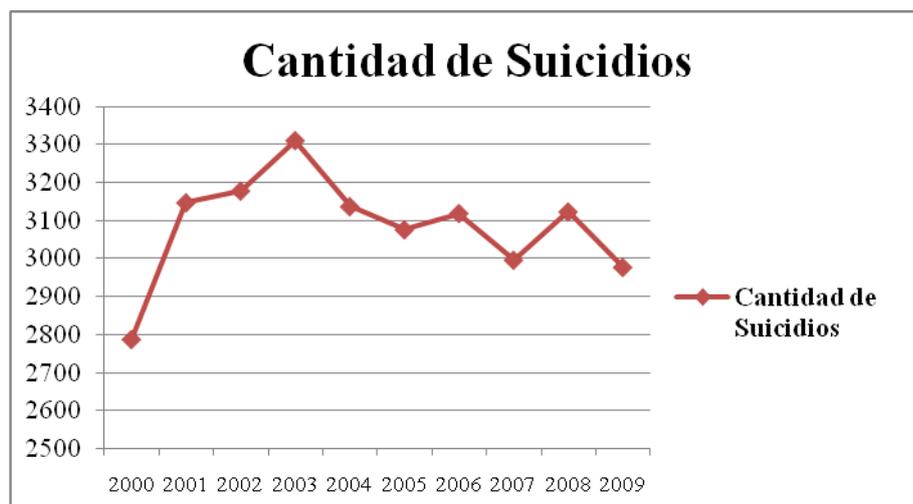
“La anomia es la falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos lo necesario para lograr las metas de la sociedad... es en este caso una disociación entre los objetivos culturales y el acceso de ciertos sectores a los medios necesarios. La relación entre los medios y los fines se debilitan... implica la falta de normas que puedan orientar el comportamiento de los individuos”. De esta definición dada por Durkheim se entiende que este tipo de suicidio tiene que ver con las frustraciones tanto económicas como personales por las que pueden atravesar los individuos de una sociedad y ante las cuales no encuentran solución que los satisfaga y por lo tanto deciden terminar con sus vidas antes de seguir padeciendo sentimientos de fracaso, insatisfacción y limitación.

3.1.1 Suicidio en la Argentina

En nuestro país la figura del suicidio está solamente contemplada en el artículo 83 del Código Penal que prohíbe y condena tanto la instigación como la ayuda al suicidio de un tercero. La no punibilidad de quién intenta suicidarse responde al fin lógico de no agravar aun más la situación de aquel que trató de quitarse la vida; no obstante, tanto el suicidio como su conato son hechos que, aunque carezcan de punibilidad, son antijurídicos por ser contrarios al derecho que la ley prioriza y tutela, que es el de la vida.

Según los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud Argentina (Dirección de Estadísticas e Información de Salud) desde el año 2000 hasta el 2009 inclusive, se calcula un promedio de 3085.1 suicidios por año, esto es igual a 30851 muertes por suicidio en 10 años en nuestro país.

Las cifras por año son las siguientes:



Como se puede observar en los primeros cuatro años el número va en aumento llegando al máximo de 3311 muertes en un año, luego disminuye en el 2004 y 2005 y después comienza a variar aumentando y disminuyendo entre 3000 y 3100 muertes por año.

En todos estos años la mayor cantidad de suicidios se da en personas de entre 15 y 24 años (siendo la siguiente categoría, de entre 25 a 34 años, la 2^{da} más numerosa) y el suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes de entre 15 a 24 años.

Las estadísticas también demuestran que el número de suicidios llevados a cabo por hombres triplica el de las mujeres. Por ejemplo, en el año 2009 en la categoría de 15 a 24 años de edad, la tasa de mortalidad provocada por suicidio calculada en base a 100.000 personas, fue de 18.2% en hombres y de un 5% en mujeres.

De acuerdo a lo dicho hasta ahora se puede deducir, como lo había concluido Durkheim hace muchos años, que la tasa de suicidios en hombres es significativamente mayor a la de las mujeres; pero en relación a la edad en la que más suicidios se cometen, la tendencia ha cambiado rotundamente. Hoy en día, como ya lo hemos señalado, son los adolescentes y los adultos jóvenes (la brecha de 15 a 34 años) quienes forman el grupo de personas que más se suicida por año en nuestro país.

3.2 LA EUTANASIA PASIVA Y ACTIVA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

El término Eutanasia deriva del griego: eu (‘bueno’) y thanatos (‘muerte’); se relaciona con los términos “muerte digna” y “homicidio piadoso” ya que los que piden la práctica de la misma son aquellos pacientes que quieren terminar con el sufrimiento que padecen en vida; según el filósofo Francis Bacon, este término hace referencia a una muerte tranquila, sin dolor, feliz, durante la cual la responsabilidad del médico es aliviar el sufrimiento físico del cuerpo del paciente (Bacon, 2008).

Los dos tipos de eutanasia y el suicidio asistido tienen un fin en común, que es el de no prolongar la vida de aquella persona que está sufriendo y ha llegado al punto de no tolerar más dicha situación. Sin embargo, por más que su fin sea el mismo, su proceder y conceptualización son distintos, y también lo es su contemplación legal.

La **eutanasia pasiva** es cuando “el médico colabora con la ley de la Naturaleza al no poder contrarrestarla con su ciencia y técnica clínicas” (Lugo, 1998), esto significa que se deja morir al paciente en vez de prolongar su vida con medios artificiales o tratamientos extraordinarios.

Como bien lo dijo el Dr. Geiger (Geiger, 2009) (ANEXO I – pregunta nº 16) la eutanasia pasiva se da, por ejemplo, cuando el médico le prescribe una dosis de calmantes al paciente enfermo que cuyo efecto normal debería ser el de aliviar el dolor, pero por el estado particular del paciente probablemente adelante su muerte (la muerte es causada indirectamente, es un efecto secundario de la ingesta de calmantes que el paciente necesita). También es eutanasia pasiva cuando no se llevan a cabo o se suspenden los procedimientos terapéuticos que pueden prolongar la vida de los pacientes enfermos. Cuando una persona se encuentra en un estado terminal, la ciencia

y la tecnología moderna pueden mantenerlo con vida pero a costa de un desgaste físico y mental que el paciente puede elegir no padecer. Los profesionales tienen la obligación de brindar sus servicios con el fin de generar un estado de bienestar en sus pacientes; sin embargo, esto no significa que puedan forzar a estos últimos a someterse a procedimientos terapéuticos, por más que estos posiblemente prolonguen sus vidas. La responsabilidad de los médicos se limita a proveer y prescribir los tratamientos y los medicamentos que beneficien a un paciente enfermo que los requiera, en ningún caso se les permite forzar la voluntad de una persona consciente de su situación. En todos estos casos el médico tiene la obligación de informar detalladamente al paciente las consecuencias de la ingesta de calmantes y/o del no aceptar o suspender las terapias correspondientes al caso en particular.

El problema con el término “eutanasia pasiva” es que la primera parte del mismo (“eutanasia”) causa inevitablemente una reacción negativa en los interlocutores ya que la relacionan, equivocadamente pero con mucha frecuencia, con el actuar del médico que causa directamente la muerte del paciente por piedad (eutanasia activa); para evitar esto, también se utiliza un término menos conocido, pero cuyo significado es el mismo, que es *Ortotanasia* (del griego *orthos*: 'recto y ajustado a la razón' y del griego *thanatos*: 'muerte'); el cual implica el derecho del paciente a morir dignamente, sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida.

A diferencia de lo que sucede en la eutanasia pasiva u ortotanasia, que como lo indicamos consiste en un “no hacer del profesional” y “dejar morir”, en la **eutanasia activa** el médico interviene causando la muerte del paciente; es decir, la muerte del enfermo es consecuencia directa del accionar del médico. Esto sucede cuando un

paciente le pide al profesional que termine con su agonía inyectándole sustancias letales o una sobredosis de morfina. Lo que diferencia este proceder de un homicidio son dos aspectos fundamentales: que se hace a pedido del paciente y que la motivación es beneficiar al enfermo que está sufriendo (no se realiza por un interés propio, ni por el de un tercero).

La palabra suicidio proviene de la expresión del latín “sui caedere” que significa “matar a uno mismo”; entonces, como su nombre lo indica, el **suicidio asistido** es cuando una persona presta asistencia a alguien que quiere terminar con su propia vida. Esta asistencia implica que la persona se involucre en el suicidio del otro informándole sobre el mejor modo de proceder y facilitándole su ejecución. Un ejemplo sería cuando una persona le pide a un médico que le prepare una dosis letal de una droga que el médico considere adecuada para tal fin (como el pentobarbiturato de sodio) la cual aquél va a ingerir por sí solo. Es decir que el último paso, que es el que da como resultado la muerte, lo da el paciente mismo. Al igual que la eutanasia activa se causa la muerte (en vez de dejar que suceda naturalmente), pero en este caso el acto letal en sí queda en la persona que quiere matarse (Geiger, 2009).

A los fines de evitar la reiteración de los términos recién explicados, al momento de hacer referencia a todos ellos juntos, se utilizará la expresión **muerte asistida** cuando se quiera hablar de los dos tipos de eutanasia y del suicidio asistido, dado que todos ellos implican la asistencia, ayuda, facilitación por parte de un tercero que, ya sea por medio de una omisión (eutanasia pasiva) o de una acción (eutanasia activa y suicidio asistido), da muerte al paciente que lo requiere.

3.3 TESTAMENTO VITAL O DECLARACIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTAD

Testamento Vital (también conocido como Declaraciones anticipadas de voluntad o Instrucciones Previas): es el documento o declaración escrita que cualquier adulto capaz puede hacer en cualquier momento, disponiendo la provisión, rechazo o retiro de procedimientos de prolongación de la vida en caso de padecer una condición terminal (Estatuto de Florida, Título XLIV: Civil Rights, Capítulo 765: Health Care Advance Directives).

Breve reseña Histórica

En los años '60 Luis Kutner (abogado de Chicago y co-fundador de Amnistía Internacional), después de que un amigo suyo padeció una larga y dolorosa enfermedad, decidió proponer la creación de un documento en el que el paciente pudiera expresar su voluntad respecto a los tratamientos a los que estaría dispuesto a someterse o no, llegado el caso de que no pudiera éste expresarse ante el médico y se encontrara en una situación terminal. En 1974 Barry Keene, legislador del estado de California, quien experimentó algo similar a lo de Kutner pero con su madre, presentó un proyecto de ley para proteger el derecho a elegir el uso o rechazo de tratamientos para prolongar la vida mediante un “testamento vital”. El proyecto fue aprobado en California en 1976 (The Law Office Of Elliot Schlissel, 2008) con la adopción del “Acta sobre la muerte natural” (Natural Death Act).

En Estados Unidos, los testamentos vitales se encuentran reconocidos por la Ley federal “Uniform Rights of the Terminally Ill Act” de 1985, revisada en 1989, que da la

facultad de adoptarla o no, con o sin modificaciones por cada Estado de la Federación. En 1991, aproximadamente cuarenta y cinco de los Estados federales contaban con legislación propia en la materia, reconociendo la validez de los testamentos vitales y dando lugar a la creación de la ley federal propiciatoria de los mismos (The Patient Self-Determination Act 1991) que dio origen a un registro general de todos ellos. (Andruet (h), 2002)

Finalidad de los Testamentos Vitales

Los testamentos vitales, como declaración de voluntad que son, constan de una serie de indicaciones que el futuro paciente quiere dar a conocer, tanto a sus médicos como a sus familiares, respecto de cómo deben actuar llegado el caso de que se encuentre en un estado irreversible o terminal; el testador decide por adelantado qué tratamientos desea que se le apliquen o no, de acuerdo a lo que él considere proporcionado a su situación.

Como bien lo explica Andruet “si bien la situación del ‘testador vital’ en su origen atendía a su estado terminal, la realidad de los tiempos ha ido progresivamente avanzando, intentando y desde ya logrando instalar que se trata de una realización que puede ser requerida por el individuo en cualquier situación que de enfermo se trate. Pues lo que califica e impone la utilización de dicho recurso, no debe ser en verdad la calidad de enfermo terminal que se pueda tener, sino el de los métodos terapéuticos que se puedan infringir al mismo y que devienen ellos desproporcionados... el mencionado carácter de extraordinariedad o desproporcionalidad de los medios, no es en manera alguna objetivo o absoluto, sino que es siempre subjetivo al enfermo y por lo tanto, a

sus mismas circunstancias históricas, personales, sociales, económicas y familiares.”
(Andruet (h), 2002)

Se infiere entonces que la finalidad de los testamentos vitales es la de impedir los ensañamientos terapéuticos (Distanasia³) y el mayor sufrimiento por parte de los pacientes. No obstante existe una limitación; es de vital importancia recalcar que el individuo tiene derecho a que su voluntad sea respetada siempre y cuando su decisión no afecte directamente a un tercero: “deviene inaplicable la aceptación de la decisión autonómica de la persona a no someterse a tratamientos desproporcionados, cuando de ello se sigue un daño a una tercera persona; pues por supuesto, entendemos que aún cuando existiera un testamento vital brindado acorde a las exigencias legales y la persona fuera una mujer embarazada, en tal caso aun siendo desproporcionado el medio habría que utilizarlo y por lo tanto, contraviniendo el mismo instrumento, en razón de que el compromiso de vida ya no es autónomo del testador vital, sino que arrastra a otra persona que no tiene por que ser asimilada en la consecuencia de igual desenlace letal; más aun ello hoy, cuando hoy conocemos casos de nacimientos de hijos de madres comatosas⁴.” (Andruet (h), 2002)

Legislación

Los testamentos vitales han sido legislados no sólo en Estados Unidos (país precursor), sino también en Canadá y en países europeos tales como Francia, España,

³ *Distanasia*: Tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados (Real Academia Española).

⁴ Durante el año 2000, se produjo el nacimiento en Nueva York de la niña Alexis Michelle Cooper, en el Hospital de Cincinnati, cuya madre quedó en dicho estado comatoso desde el primer mes de gestación. La gestación fue relativamente normal y el alumbramiento fue inducido y vaginal. Disponible en: http://www.enquirer.com/editions/2001/07/26/loc_mom_in_coma_for.html

Inglaterra y Suiza entre otros. Se pueden encontrar ciertas diferencias entre las legislaciones de los distintos países e incluso entre las de los distintos estados dentro de un mismo país. No obstante, los requisitos y el procedimiento para la creación de este instrumento son básicamente los mismos en la mayoría de las legislaciones que lo contemplan.

Tomamos como ejemplo de la regulación de los testamentos vitales a la legislación Española. En el año 2002 se dictó la Ley 41 (El Presidente del Gobierno Español: José María Aznar López, 2002): Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; en la misma, se encuentra legislado el uso de Testamentos vitales a los cuales dan el nombre de Instrucciones Previas:

“Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.”

A continuación mostramos el modelo de testamento vital que propone la ley Española (Ley 41/2002, 2002):

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS
(TESTAMENTO VITAL)⁵

Yo. con D.N.I.

Mayor de edad, con domicilio en.

En plenitud de mis facultades, libremente y tras una adecuada reflexión, declaro:

Que no deseo para mí una vida dependiente en la que necesite la ayuda de otras personas para realizar las “actividades básicas de la vida diaria”, tales como bañarme, vestirme, usar el servicio, caminar y alimentarme.

Que si llego a una situación en la que no sea capaz de expresarme personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento⁶ que me haga dependiente de los demás de forma irreversible y me impida manifestar mi voluntad clara e inequívoca de no vivir en esas circunstancias, para poder morir con dignidad, mis instrucciones previas son las siguientes:

1. Limitación del esfuerzo terapéutico: no deseo que se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos) o alimentación artificial (sonda naso-gástrica).

2. Cuidados Paliativos: solicito unos cuidados adecuados al final de la vida, que se me administren los fármacos que palien mi sufrimiento, especialmente –aún en el caso de que pueda acortar mi vida- la sedación terminal, y se me permita morir en paz.

⁵ Ley 41/2002 de la Autonomía del Paciente (Art.11).

⁶ Tales como daño cerebral, demencias, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebro-vasculares o cualquier otro padecimiento grave e irreversible.

3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante eutanasia activa, es mi voluntad evitar todo tipo de sufrimiento y morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la lex artis ad hoc.

De acuerdo con la Ley designo como mi REPRESENTANTE a:

Nombre. DNI

. Dirección. Teléfonos. Firma

TESTIGOS:

1. Nombre. DNI Firma

2. Nombre. DNI Firma

3. Nombre. DNI Firma

Lo que hago constar en (Lugar) a de de 20__

Fdo.:

El Testamento Vital en la Argentina

La Asociación Médica Argentina, ya desde fines del siglo pasado, claramente demuestra su interés y conocimiento respecto a esta temática diciendo que “La fuente de autorización primaria de la decisión de tratar o no tratar emana del paciente. Este derecho para autorizar el tratamiento es independiente de la naturaleza de la enfermedad y de su estado evolutivo. La *existencia de un testamento vital o directiva anticipada* del paciente, convenientemente verificado en su existencia y actualidad, deberá constituir

una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia” (Gherardi, y otros, 1999).

Sin embargo, en la Argentina el instituto del testamento vital ha sido objeto de varios proyectos presentados en el congreso, pero no ha sido específicamente legislado aún. La única mención de esta institución es la contenida en la Ley Provincial de Río Negro B N° 4264 sobre los Derechos de los enfermos terminales (ANEXO VII), que en su artículo 2° párrafo 3° dice: “...es válida la manifestación de voluntad de toda persona capaz, realizada en instrumento público y por ante un escribano de registro en la que manifieste 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, en caso de que en un futuro le acontecieran los supuestos descriptos ut supra.”.

El 19 de mayo del año 2010, el Senador César Gioja presentó al Senado el Proyecto de “Ley sobre el Testamento Vital” (ANEXO VI) cuyo trámite, de acuerdo a lo publicado (Honorable Senado de la Nación) hasta enero del 2011, ha sido el siguiente:

EXPEDIENTE NUMERO 1391/10

Trámite Legislativo del Expediente

Fechas en Mesa de Entrada

MESA DE ENTRADA	DADO CUENTA	Nº DE D.A.E.
19/05/2010	02/06/2010	60

Fechas en Dirección Comisiones

DIR. COMISIONES	INGRESO DEL DICTAMEN
26/05/2010	SIN FECHA

Giros del Expediente a Comisiones

DE SALUD Y DEPORTE ORDEN DE GIRO: 1
FECHA DE INGRESO: 27/05/2010 FECHA DE EGRESO: SIN FECHA
DE LEGISLACIÓN GENERAL ORDEN DE GIRO: 2
FECHA DE INGRESO: 27/05/2010 FECHA DE EGRESO: SIN FECHA
DE PRESUPUESTO Y HACIENDA ORDEN DE GIRO: 3
FECHA DE INGRESO: 27/05/2010 FECHA DE EGRESO: SIN FECHA

Como se puede observar, no ha habido aún respuesta concreta del Senado a la presentación de este proyecto; se han presentado varias críticas en los medios hablando de este proyecto como inaceptable e inoportuno por ser considerado una iniciativa para la legalización de la eutanasia. Dichas suposiciones han sido refutadas por declaraciones del Senador Gioja y por lo especificado en el artículo 6 del proyecto mismo, que establece: “ARTÍCULO 6°.- Limitaciones de la Declaración: *El Testamento Vital no podrá contener instrucciones que resulten contrarias al ordenamiento jurídico y además aquellas que dispongan restricciones al tratamiento necesario para aliviar el dolor, hidratarse y alimentarse, como así también todas aquellas acciones médicas que impliquen una eutanasia activa o pasiva*”. (ANEXO VI)

No existen en nuestra legislación motivos por los cuales este tipo de declaración de voluntad no deba ser contemplado en la normativa de nuestro país, ya que no hay norma alguna que esté en contra de la misma, dado que como bien lo explica el Dr. Andruet “se podría describir el contenido central del instrumento en cuestión, y acorde al modelo al cual como tal adscribimos, en las siguientes directivas: 1) Aplicación de tratamientos adecuados y suficientes para aliviar el dolor, aun cuando ellos impongan el aceleramiento de la muerte; 2) Rechazo a los tratamientos desproporcionales o extraordinarios; 3) Oposición a la eutanasia; 4) Oposición a todo acto distanásico o propiamente de encarnizamiento terapéutico; 5) Solicitud de asistencia psicológica, emocional y cristiana para asumir la muerte; 6) Eximición de responsabilidad civil al equipo médico por actos de omisión. En realidad, frente al contemporáneo resultado de lo que se ha nombrado como la ‘medicalización de la vida’, coartar dicho derecho al enfermo, es lo mismo que dejarlo expuesto a ser un mero sujeto pasivo de la tecnología médica, que como tal, ha invadido la totalidad de ámbitos y espacios del propio hombre. En todo caso seguir un criterio de un tenor diferente, importaría generar un ostensible caso de discriminación, que en realidad el derecho no sólo que no puede propiciar sino mucho menos amparar. Si un enfermo en condiciones de lucidez acreditada puede oponerse a un determinado tratamiento médico, cuando del mismo se siguen en su parecer, criterios disvaliosos, aun cuando resulte evidente que ello importe sin más una misma negación al proceso curativo, terapéutico o sanitario que los médicos como tal están en condiciones de realizar y a los que éste se opone, pues que otro sujeto, en la misma condición de lucidez aunque sin estar propiamente en la situación de enfermo pronto a morir pero disponiendo para cuando en ella se encuentre, no pueda hacer una previsión para ese supuesto estado de enfermedad y prescribir el

tratamiento que requiere que le sea dispensado por los médicos, resulta una gruesa injusticia.” (Andruet (h), 2002)

Capítulo IV: *La muerte asistida en las religiones y las legislaciones del mundo.*

4.1 LA MUERTE ASISTIDA Y LA RELIGIÓN

La diversidad de religiones hace que existan distintas interpretaciones del fenómeno de la muerte asistida y los modos en que ésta puede darse. A continuación se presentan perspectivas representativas de cada religión:

4.1.1 Católicos

» *Opinión del Vaticano expresada por la Congregación Sagrada para la Doctrina de la Fé: “Declaración Sobre la Eutanasia” (Vatican, 1980):*

“La vida es un regalo de Dios, y la muerte por su lado es algo inevitable; por lo tanto, es necesario que nosotros, sin en ningún modo apresurar la hora de nuestra muerte, podamos ser capaces de aceptarla con completa responsabilidad y dignidad. Es verdad que la muerte marca el fin de nuestra existencia terrenal, pero al mismo tiempo abre la puerta a nuestra vida inmortal. Por ende, todos debemos prepararnos para este evento en la luz de los valores humanos, y aún más los cristianos en la luz de la fe.

Todos tienen el deber de llevar sus vidas de acuerdo con el plan de Dios. Esa vida ha sido confiada al individuo como un bien que debe dar frutos ya aquí en la tierra, pero que encuentra la completa perfección sólo en la vida eterna.

Causar intencionalmente la propia muerte (suicidarse) es, por lo tanto, igual de malo que matar a alguien; tal acción por parte de una persona debe ser considerada como un rechazo a la soberanía de Dios y a su plan de amor. Por otra parte, el suicidio

también es usualmente un rechazo del amor propio, la negación del instinto natural de vivir, un escape de los deberes de justicia y caridad debidas a nuestros vecinos, a varias comunidades o a la sociedad entera – aunque, como generalmente se reconoce, en algunos momentos hay factores psicológicos presentes que pueden disminuir la responsabilidad o incluso eliminarla por completo. Sin embargo, uno debe distinguir claramente el suicidio del sacrificio de la vida por una causa mayor por la que una persona ofrece su propia vida o la pone en peligro (como la gloria de Dios, la salvación de las almas o el servicio de nuestro prójimo).

Nada ni nadie puede en ninguna forma permitir que se mate a un ser humano inocente, ya sea un feto o un embrión, un niño o un adulto, una persona vieja, o una sufriendo de una enfermedad incurable, o una persona que esté muriendo. Por otro lado, nadie tiene permitido pedir por este acto de matar, ya sea para él/ella mismo/a o para otra persona cuyo cuidado le fue confiado, ni tampoco se puede consentir tal acto, ya sea explícita o implícitamente, ni puede ninguna autoridad legítimamente recomendar o permitir tal acción. Ya que esta es una cuestión de violación de la ley divina, una ofensa contra la dignidad de la persona, un crimen contra la vida, y un ataque sobre la humanidad.

Cuando la muerte inevitable es inminente más allá de los medios que se utilicen, está permitido tomar conscientemente la decisión de rechazar las formas de tratamiento que solo asegurarían una precaria y pesada prolongación de la vida, siempre y cuando el cuidado normal debido a la persona enferma en tales casos no sea interrumpido. En tales circunstancias el doctor no tiene razones para reprocharse a si mismo por haber fallado en ayudar a la persona cuya vida está en peligro”.

» *Opinión del Papa Juan Pablo II (Juan Pablo II, 1995):*

“« Yo doy la muerte y doy la vida » (Dt 32, 39): el drama de la eutanasia:

El hombre, rechazando u olvidando su relación fundamental con Dios, cree ser criterio y norma de sí mismo y piensa tener el derecho de pedir incluso a la sociedad que le garantice posibilidades y modos de decidir sobre la propia vida en plena y total autonomía. Mediante sistemas y aparatos extremadamente sofisticados, la ciencia y la práctica médica son hoy capaces no sólo de resolver casos antes sin solución y de mitigar o eliminar el dolor, sino también de sostener y prolongar la vida incluso en situaciones de extrema debilidad, de reanimar artificialmente a personas que perdieron de modo repentino sus funciones biológicas elementales, de intervenir para disponer de órganos para trasplantes.

En semejante contexto es cada vez más fuerte la tentación de la eutanasia, esto es, adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin «dulcemente» a la propia vida o a la de otros.

Para un correcto juicio moral sobre la eutanasia, es necesario ante todo definirla con claridad. Por eutanasia en sentido verdadero y propio se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. « La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados ».

De ella debe distinguirse la decisión de renunciar al llamado « ensañamiento terapéutico », o sea, ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real

del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o, bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia « 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 ». Ciertamente existe la obligación moral de curarse y hacerse curar, pero esta obligación se debe valorar según las situaciones concretas; es decir, hay que examinar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte.

En la medicina moderna van teniendo auge los llamados « cuidados paliativos », destinados a hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado. En este contexto aparece, entre otros, el problema de la licitud del recurso a los diversos tipos de analgésicos y sedantes para aliviar el dolor del enfermo, cuando esto comporta el riesgo de acortarle la vida. En efecto, si puede ser digno de elogio quien acepta voluntariamente sufrir renunciando a tratamientos contra el dolor para conservar la plena lucidez y participar, si es creyente, de manera consciente en la pasión del Señor, tal comportamiento « heroico » no debe considerarse obligatorio para todos. Ya Pío XII afirmó que es lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de tener como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida, « si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y

morales ». En efecto, en este caso no se quiere ni se busca la muerte, aunque por motivos razonables se corra ese riesgo. Simplemente se pretende mitigar el dolor de manera eficaz, recurriendo a los analgésicos puestos a disposición por la medicina. Sin embargo, «no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo»: acercándose a la muerte, los hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales y familiares y, sobre todo, deben poderse preparar con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios.

Hechas estas distinciones, de acuerdo con el Magisterio de mis Predecesores 81 y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. Semejante práctica conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio.

Ahora bien, el suicidio es siempre moralmente inaceptable, al igual que el homicidio. La tradición de la Iglesia siempre lo ha rechazado como decisión gravemente mala. Aunque determinados condicionamientos psicológicos, culturales y sociales puedan llevar a realizar un gesto que contradice tan radicalmente la inclinación innata de cada uno a la vida, atenuando o anulando la responsabilidad subjetiva, el suicidio, bajo el punto de vista objetivo, es un acto gravemente inmoral, porque comporta el rechazo del amor a sí mismo y la renuncia a los deberes de justicia y de caridad para con el prójimo, para con las distintas comunidades de las que se forma parte y para la sociedad en general. En su realidad más profunda, constituye un rechazo

de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte, proclamada así en la oración del antiguo sabio de Israel: « Tú tienes el poder sobre la vida y sobre la muerte, haces bajar a las puertas del Hades y de allí subir » (Sb 16, 13; cf. Tb 13, 2).

Compartir la intención suicida de otro y ayudarle a realizarla mediante el llamado « suicidio asistido » significa hacerse colaborador, y algunas veces autor en primera persona, de una injusticia que nunca tiene justificación, ni siquiera cuando es solicitada. «No es lícito —escribe con sorprendente actualidad San Agustín— matar a otro, aunque éste lo pida y lo quiera y no pueda ya vivir... para librar, con un golpe, el alma de aquellos dolores, que luchaba con las ligaduras del cuerpo y quería desasirse». La eutanasia, aunque no esté motivada por el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre, debe considerarse como una falsa piedad, más aún, como una preocupante « perversión » de la misma. En efecto, la verdadera «compasión» hace solidarios con el dolor de los demás, y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar. El gesto de la eutanasia aparece aún más perverso si es realizado por quienes —como los familiares— deberían asistir con paciencia y amor a su allegado, o por cuantos —como los médicos—, por su profesión específica, deberían cuidar al enfermo incluso en las condiciones terminales más penosas.

La opción de la eutanasia es más grave cuando se configura como un homicidio que otros practican en una persona que no la pidió de ningún modo y que nunca dio su consentimiento. Se llega además al colmo del arbitrio y de la injusticia cuando algunos, médicos o legisladores, se arrogan el poder de decidir sobre quién debe vivir o morir. Así, se presenta de nuevo la tentación del Edén: ser como Dios «conocedores del bien y del mal » (Gn 3, 5). Sin embargo, sólo Dios tiene el poder

sobre el morir y el vivir: « Yo doy la muerte y doy la vida » (Dt 32, 39; cf. 2 R 5, 7; 1 S 2, 6). Él ejerce su poder siempre y sólo según su designio de sabiduría y de amor. Cuando el hombre usurpa este poder, dominado por una lógica de necesidad y de egoísmo, lo usa fatalmente para la injusticia y la muerte. De este modo, la vida del más débil queda en manos del más fuerte; se pierde el sentido de la justicia en la sociedad y se mina en su misma raíz la confianza recíproca, fundamento de toda relación auténtica entre las personas.”

4.1.2 Judíos

» *Opinión del rabino Yitzchok Breitowitz (Breitowitz)⁷ (ProCon.org: Euthanasia: Jewish perspectives):*

“La preservación de la vida siempre ha sido un valor fundamental en el Judaísmo...

Matarse uno mismo no está visto como un acto que se encuentre legítimamente comprendido en el campo de la autonomía personal. Lógicamente, es inmoral asistir, permitir o facilitar la comisión de un acto que es en sí mismo inmoral para la persona que lo comete. Aunque no podamos personalmente condenar a aquellos que padeciendo dolor insoportable y sufrimiento se quitan su vida, tampoco podemos alentar, condonar o participar en la comisión de dicho acto.

⁷Información ampliada sobre el Rabino Yitzchok Breitowitz disponible en: <http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=000673>

Hay un número de situaciones en las que, ante un sufrimiento severo, pueden tomarse algunas medidas que deberían o podrían apresurar la muerte. Primero, puede administrarse medicación para aliviar el dolor, como la morfina, a pesar del riesgo de que pueda inducir paro cardíaco, siempre que la dosis no sea definitivamente letal y no sea administrada con el propósito de terminar con la vida del paciente. Segundo, el paciente puede someterse a procedimientos arriesgados y peligrosos que le den al menos una leve esperanza de cura, aunque no es obligatorio hacerlo. Tercero, la ley judía permite invocar a Dios con una oración para que saque a la persona del dolor y la miseria. Cuarto, bajo circunstancias estrictamente definidas, los tratamientos que prolongan la vida tales como la quimioterapia y antibióticos, pueden ser discontinuados; pueden formularse órdenes de No Resucitar (DNR- Do Not Resuscitate orders). Como se puede ver, todas estas medidas están lejos de ser formas de terminar activamente con la vida de alguien.

Es la tarea de todos nosotros el tratar de profundizar el potencial redentor de la existencia- nutrir, amar, motivar, fortalecer, y proveer esperanza. Siempre conscientes de nuestras limitaciones, sin embargo, no podemos invadir la competencia exclusiva de lo Divino.”

» *Opinión del rabino J. David Bleich⁸(PhD) (Bleich, 2002) (ProCon.org: Euthanasia: Jewish perspectives):*

⁸ Información ampliada sobre el Rabino J. David Bleich disponible en:
<http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=009095>

“Frecuentemente, el paciente, si es capaz de expresar sus deseos y si se le permite seguir sus propias inclinaciones, va a optar por terminar con su vida que se ha convertido en una carga para otros y para él mismo. El Judaísmo, sin embargo, enseña que el hombre no goza del derecho de autodeterminación en lo que respecta a cuestiones de vida y muerte. Generaciones atrás, los judíos sabios (Sages) escribieron: “En contra de tu voluntad vives; en contra de tu voluntad mueres”... [Estas palabras] pueden ser tomadas de una forma literal como un elocuente resumen de la perspectiva judía en relación a la eutanasia y a la retención de tratamientos de soporte vital. El judaísmo siempre ha enseñado que la vida, no menos que la muerte, es involuntaria. Solo nuestro Creador, quien otorga el regalo de la vida, puede liberar al hombre de esa vida, incluso cuando ésta se ha convertido más en una carga que en una bendición.”

» *Opinión de Eloy Marcó*⁹ (Marcó, 2011) (ANEXO V):

“...La enseñanza judía acerca de estos planteos [de la eutanasia activa o pasiva y el suicidio asistido] adquiere forma bajo el enunciado de que no solo la vida humana en general es de infinita e incalculable valoración, sino que cada momento de la vida es de valor inmensurable por igual. En consecuencia, las responsabilidades concernientes a tratamiento y curación son una misma cosa, ya sea si la vida del paciente ha de prolongarse por años o por meros instantes. Solo se hace la excepción en el caso de un paciente en estado de guesisá, es decir, moribundo (tal como ello se define en la Ley Judía) en el cual el proceso de muerte ha comenzado.

⁹ Fiel judío que expresa el punto de vista de la ortodoxia judía.

La práctica de eutanasia –sea pasiva o activa- es contraria a las enseñanzas del judaísmo. Todo esfuerzo activo destinado a apresurar la muerte del paciente es equiparado al asesinato en la Ley Judía, incluso si solo ésta es adelantada por algunos momentos. No importa cuán loables sean las intenciones de la persona que realiza un acto de asesinato-por-piedad, su acción constituye un acto de homicidio.

La vida del hombre puede ser reclamada solo por el Dador de la Vida. Mientras al hombre le sea concedida la Chispa de la Vida—como se define en la eterna ley de Dios— el hombre no puede asumir el rol de apresurar la muerte, no importa cuán desesperanzada y carente de sentido puede resultar la prolongación de la existencia a los ojos de la sensibilidad del mortal.

La eutanasia pasiva, la omisión de un procedimiento terapéutico, o la retención de medicación que puede mantener la vida, también están prohibidas en la Ley Judía. La naturaleza final de una enfermedad no mitiga, de manera alguna, las responsabilidades del facultativo. El médico debe prolongar la vida en la misma medida en que debe lograr una curación.”

4.1.3 Musulmanes

(ProCon.org: Euthanasia: Muslim perspectives)

» *Opinión del Presidente de del Consejo Europeo para la Fatwa y la*

Investigación: Yusuf al-Qaradawi¹⁰ (PhD):

¹⁰ Información ampliada sobre Yusuf al-Qaradawi disponible en:
<http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=009172>

"La Eutanasia, o el matar por piedad, es el acto o práctica de poner fin a la vida de un individuo que está sufriendo de una enfermedad terminal o una condición incurable, mediante inyecciones letales o la suspensión de tratamientos médicos extraordinarios. Este acto es islámicamente prohibido porque abarca un rol positivo por parte de los médicos de poner fin a la vida del paciente y apresurar su muerte por medio de una inyección letal, descarga eléctrica, un arma blanca o de cualquier otra manera. Este es un acto de matar, y matar es un pecado grave y por lo ende está prohibido en el Islam, la religión de la misericordia pura."

» *Opinión de **Kiarash Aramesh**¹¹ (MD) y **Heydar Shadi**¹² (MA) (Aramesh & Shadi, 2007):*

"La Jurisprudencia Islámica, basada en una convincente interpretación del Sagrado Corán, no reconoce el derecho de una persona a morir voluntariamente. Los argumentos Islámicos en contra de la eutanasia pueden ser resumidos en dos razones principales: 1- La vida es sagrada y la eutanasia y el suicidio no están incluidos entre las causales permitidas para matar en el Islam. Y 2- Alá decide cuánto tiempo va a vivir cada uno de nosotros y dos versos apoyan esta razón.

De acuerdo a las enseñanzas Islámicas, la vida es una confianza divina y no puede ser terminada de ninguna forma de intervención voluntaria, ya sea activa o pasiva. Todos los académicos Islámicos consideran a la eutanasia activa como prohibida y no hay diferencia entre la escuela Sunita y la Chiita.

¹¹ Información ampliada sobre Kiarash Aramesh disponible en: <http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=009175>

¹² Información ampliada sobre **Heydar Shadi** disponible en: <http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=009182>

El momento de la muerte (“ajal”), está bajo el control de Alá y el humano no tiene voz ni voto en este asunto; el humano no puede ni debe intentar apresurar o demorar el “ajal” (momento de la muerte).

La prohibición sobre la vida se aplica igualmente ya sea en relación a uno mismo (suicidio), como en relación a otros (homicidio o genocidio).

Los conceptos de autonomía, libertad y elección individual no se aplican aquí por estas dos razones: 1- la vida no pertenece al humano; y 2- tomar una vida causa daño a la familia y a la sociedad en general. La libertad de elegir que tiene el individuo está constreñida por el daño que pueda causar a otros...

Como conclusión podemos decir que la postura Islámica considera que la vida le pertenece a Alá. Es Él quien da y quita la vida. Ningún humano puede darla ni quitarla. Los musulmanes están en contra de la eutanasia. Ellos creen que toda vida humana es sagrada porque ha sido dada por Alá, y que Alá elige cuánto tiempo va a vivir cada persona. Los seres humanos no deberían interferir en esto.”

4.1.5 Hinduistas

(ProCon.org: Euthanasia: Hindu perspectives)

» *Opinión de Courtney S. Campbell*¹³ (Campbell, 2000) *respecto a ambas religiones:*

“En el hinduismo y el budismo, el ser humano está atrapado en el ciclo sin fin del renacimiento y la reencarnación (karma - samsara). La finalidad de la vida mortal es distanciarse del mundo material, que culmina cuando el verdadero yo se libera de la pareja cuerpo-mente. Para vivir bien y morir bien debemos ser conscientes en todo momento de la vía que lleva a la liberación. En ambas tradiciones, todos los seres vivos son manifestaciones de las leyes del renacimiento kármico. Para cumplir esas leyes, debemos preservar la vida y no infligir daño alguno a las criaturas vivientes. Los actos que destruyen la vida son condenados moralmente en virtud del principio de ahimsa, equivalente conceptual del carácter sagrado de la vida en la tradición occidental. Las más de las veces, el ahimsa implica un imperativo moral de preservación de la vida. Sin embargo, admite cierta flexibilidad ética que abre la posibilidad de desechar un tratamiento o de buscar ayuda para acelerar la muerte.

Es importante entender que, como regla general, tanto el hinduismo como el budismo se oponen al suicidio. Sin embargo, en ambas tradiciones se hace una distinción entre las razones egoístas (o autodestructoras) y las motivaciones altruistas (o misericordiosas) que pueden conducir a ese acto. Suicidarse por la muerte de un hijo o por dificultades económicas (razones egoístas) es un acto moralmente reprobable que refleja la ignorancia sobre la naturaleza de la vida y del destino humano. En vez de alcanzar la meta espiritual última de la liberación, la persona permanecerá atrapada en el ciclo kármico de vida-muerte-renacimiento. Los que ayudan a ese suicidio se exponen

¹³ Información ampliada sobre Courtney S. Campbell disponible en:
<http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=000703>

también al castigo kármico por haber violado el principio de ahimsa. Pero la situación es muy diferente si el individuo busca la muerte por motivos espirituales, que son básicamente de dos tipos. El primero tiene que ver con la compasión: la preocupación del agonizante por el bienestar de los demás puede considerarse un signo de elevación espiritual. Una persona puede decidir la interrupción de un tratamiento para no imponer la pesada carga de su cuidado a la familia o los amigos, o para evitar a sus seres queridos la angustia emocional o económica de una agonía prolongada.

La meta espiritual de la liberación puede ser también una justificación ética para acelerar la muerte. Cuando el sufrimiento físico impide el dominio de sí y hace perder la lucidez, está permitido abreviar la vida. El dolor o el letargo pueden oscurecer un estado de conciencia que tanto los hindúes como los budistas consideran indispensable en el instante de la muerte para un renacimiento favorable. El sufrimiento extremo puede también agudizar la conciencia de lo material (el estado físico) a tal punto que impida proseguir la meta de la liberación. Este tipo de razonamiento – la primacía de los fines espirituales de liberación o de compasión frente a la preservación de la vida– se aplican a la eutanasia médica por inyección o administración de una droga letal. Los eruditos hindúes y budistas han encontrado en sus tradiciones una justificación para esta eutanasia llamada “activa”, al ver la muerte como una liberación, como la culminación de la vida al separarse del mundo material. Luego avanzan un paso más al vincular la compasión: “compórtate con los demás como quisieras que se comportaran contigo”. La eutanasia puede considerarse entonces como un acto de compasión o una “muerte misericordiosa” para el moribundo que lucha por cumplir el objetivo más elevado del destino humano, la liberación. Sin embargo, la eutanasia plantea un problema moral si la droga administrada hace que el paciente pierda la conciencia o le impide vivir

plenamente el momento de su agonía. El moribundo se hallaría así inconsciente en el momento preciso en que debería ser más receptivo a las enseñanzas espirituales y a su significado. Por ese motivo, otras formas de provocar la muerte son preferibles desde el punto de vista moral y religioso.”

» *Opinión del gurú Sivaya Subramuniyaswami*¹⁴ (Subramuniyaswami, 2001)

“El suicidio es llamado “pranatyaga” en Sanskrit (lenguaje hindú), que también se traduce como “abandonar la fuerza vital”. El suicidio ha sido tradicionalmente prohibido en la Escritura Hindú porque, al ser un escape abrupto de la vida, crea un karma impropio que enfrentar en el futuro.

Sin embargo, en casos de enfermedades terminales o discapacidad grave, la muerte religiosa voluntaria mediante la “prayopavesha” (acelerar la propia muerte absteniéndose de tratamientos o alimentación necesaria) es permitida algunas veces.

Así es como los Sabios Védicos (Vedic Rishis) daban, en circunstancias excepcionales, al alma encarnada en pena, una forma sistemática, noble y aceptable (incluso a sus seres queridos) de liberarse de la encarnación a través del ayuno. También sabían que la vida es más que un cuerpo, que el alma es inmortal, que una salida apropiada puede ser, de hecho, elevadora. La muerte para los Hindús es la experiencia más exaltante, una gran e importante partida (“mahaprasthaná”).

La persona que toma tal decisión (de practicar la prayopavesha) la declara públicamente, lo cual permite la regulación comunitaria y distingue este acto del

¹⁴ Información ampliada sobre el gurú Sivaya Subramuniyaswami disponible en: <http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=000698>

suicidio cometido privadamente en estados emocionales traumáticos de angustia y desesperación. Los antiguos legisladores citaban varios requisitos: inhabilidad de realizar normalmente la purificación corporal; que la muerte aparezca como un hecho inminente o que la condición sea tan mala que los placeres de la vida devengan nulos; y que tal situación extraordinaria sea realizada bajo la regulación de la comunidad. La naturaleza gradual de la prayopavesha es un factor clave que la distingue del suicidio repentino (“svadehaghata”), ya que le da tiempo al individuo para resolver todas las diferencias con otros, para reflexionar sobre su vida y acercarse a Dios, incluso para cambiar de idea y volver a comer, como también para que sus seres queridos puedan observar su salida gradual del mundo físico.

Se comienza esta práctica altamente ritualizada obteniendo el perdón y perdonando. Seguidamente, se toma un voto formal, “mahavrata marana” (gran voto de muerte), ante el gurú, continuando con un extenso debate de los karmas de la vida, especialmente confesando las malas acciones completa y abiertamente. Después de esto, la atención se centra en la Escritura y las enseñanzas nobles del gurú. La Meditación en el interior, el yo inmortal deviene el centro de atención a medida que gradualmente uno se abstiene de comer. Al final, a medida que el alma se libera del cuerpo, el mantra sagrado¹⁵ es repetido como ha sido instruido por el preceptor.”

¹⁵ **Mantra** es una palabra de origen sánscrito, que está formada por los términos manah y trāyate, que se traducen como mente y liberación, respectivamente, de ahí se dice que un mantra es un instrumento para liberar la mente del flujo constante de pensamientos que la confunden. Un mantra puede ser una sílaba, una palabra, una frase o texto largo, que al ser recitado y repetido va llevando a la persona a un estado de profunda concentración (dhāranā).

4.1.4 Budistas

- » *Opinión del Dalai Lama Tenzin Gyatso (PhD)*¹⁶ (Canada Tibet Committee, 1996) (*ProCon.org: Euthanasia: Buddhist perspectives*):

“La muerte por piedad es permisible en circunstancias excepcionales en la filosofía Budista. En el caso de una persona que definitivamente va a morir y sufre de gran dolor o se ha convertido prácticamente en un vegetal, y la prolongación de su vida solo causa dificultades y sufrimiento a otros, la terminación de su vida puede ser permitida de acuerdo a la ética Budista Mahāyāna”

- » *Opinión del monje Songpop Karutomo (Karutomo, 2009) (ANEXO II):*

[La muerte...] “Es el ciclo de la naturaleza – todo se mueve en un círculo. Es parte de los sucesos naturales y nada más (nacimiento, decaída y muerte). El espíritu es la única cosa que se mueve más allá, de este mundo hacia el próximo. En la mayoría de los casos, creemos en la reencarnación, excepto cuando uno alcanza el estado de nirvana (entonces uno ya no renace). Si haces el bien, renacerás como un ser superior (humano, Santos en el cielo) pero si haces maldades, renacerás como un ser inferior (gusano, el mal podrido en el infierno).

[El Suicidio...] Es la peor catástrofe en la vida humana y el mayor pecado; Ya que solo nuestro espíritu nos pertenece y tomamos prestado nuestros cuerpos del

¹⁶ Información ampliada sobre Dalai Lama disponible en:
<http://euthanasia.procon.org/view.source.php?sourceID=000675>

mundo; estamos terminando con nuestra oportunidad de purificarnos. Estamos desperdiciando lo que nos fue dado para hacer el bien.

Lo más importante es la intención. Si uno está mentalmente enfermo, no tendría la carga del pecado de la misma forma que aquel que se suicidó conscientemente.

[Respecto al suicidio asistido...] Lo aceptamos como parte de los sucesos naturales. Ciertamente no es lo ideal, pero si alguien necesita ser asistido (por padecer un dolor intolerable), esto no sería un pecado como aquellos que cometen el suicidio conscientemente”.

4.2 LA MUERTE ASISTIDA Y LAS LEYES EN EL MUNDO

4.2.1 Holanda

(NVVE, 1973)

En el año 1971 una doctora practicó la eutanasia activa sobre su madre y fue juzgada conforme el artículo 293 del Código Penal Holandés; esto generó un descontento popular ya que la mayor parte de la comunidad consideraba que un doctor tiene que poder terminar con la vida de una persona que está sufriendo y desea morir. Las manifestaciones ante dicho caso hicieron que se formara un grupo pro-eutanasia que en 1973 fundó la Asociación NVVE (Asociación Holandesa para una Vida Voluntaria),

cuyo principal objetivo es que la sociedad tenga el derecho a la libre elección sobre el fin de su vida.

En 1996 la NVVE presentó a los líderes de los partidos políticos un proyecto para la modificación de los artículos 293 y 294 del Código Penal Holandés; la propuesta fue considerada en todos sus puntos, pero fue recién el 28 de Noviembre del año 2000 que la Cámara Menor del Parlamento aprobó el Proyecto de Ley sobre la Eutanasia y que luego, el 10 de Abril del 2001, el mismo fue aprobado por la Cámara Mayor. Se lo nombró “Acta de la Terminación de la vida por pedido y Suicidio Asistido” (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act) y comenzó a regir a partir del 1º de Abril del 2002.

En marzo del año 2010 se presentó al Parlamento Holandés una propuesta para permitir el suicidio asistido para personas mayores de 70 años que no deseen seguir viviendo, que estén conscientes de la decisión que están tomando, que la misma sea tomada con plena libertad y que no se encuentren en un estado depresivo (Diario Público (Versión electrónica), 2010). Dicha propuesta ha generado muchas discusiones por las consecuencias negativas que podría traer aparejadas en caso de abuso, pero a su vez ha contado con el apoyo de un gran número de personas de la comunidad, lo que le ha permitido llegar al Parlamento.

4.2.2 Reino Unido

(House of Lords UK, 2004)

En el año 1961 se dictó el “Acta sobre el Suicidio”, para Inglaterra y Gales, la cual despenalizó el suicidio para que aquellos que fallaran al intentar terminar con sus vidas no fueran procesados¹⁷. No sucedió lo mismo con el suicidio asistido, el cual sigue siendo considerado un crimen cuya pena máxima de prisión es de 14 años.

En enero del año 2004 se presentó a la Cámara de los Lores un proyecto llamado “Assisted Dying for the Terminally Ill Act 2004” (Acta sobre la Muerte Asistida para los Enfermos Terminales) cuyo propósito era el de autorizar la muerte asistida para los pacientes con enfermedades terminales que estaban sufriendo de dolores severos; pero el mismo fue rechazado por la Cámara de los Comunes.

A fines del 2009 se dictó una guía que aclara la situación de quien se encuentre involucrado en un suicidio asistido, como sería el caso, por ejemplo, del hijo que ayuda a su padre a viajar a Suiza para que pueda suicidarse siendo asistido por una de las organizaciones de dicho país cuyo propósito es el de ayudar a las personas que piden el suicidio asistido.

Debbie Purdy es una mujer que sufre de esclerosis múltiple y fue quien reclamó al Gobierno Británico que diera mayor certeza y claridad en relación a cómo se juzgan los casos en que una persona acompaña al enfermo a otro país para suicidarse con asistencia de las organizaciones que tienen dicho fin; ella quería asegurarse de que, llegado el momento, su marido no sería procesado por acompañarla a alguna de las

¹⁷ Suicide Act 1961. Article 1: “The rule of law whereby it is a crime for a person to commit suicide is hereby abrogated”. (La ley por la cual es un crimen que una persona se suicide queda derogada). Disponible en: <http://www.statutelaw.gov.uk/content.aspx?activeTextDocId=1132509>

clínicas Suizas a cumplir su deseo de morir. Después de una ardua batalla legal, se determinó en qué casos corresponderá el procesamiento, con el fin de que las personas que se vean involucradas en una situación de este tipo sepan cómo pueden actuar y cuáles pueden ser las consecuencias de sus actos. El Director de Enjuiciamientos Públicos, Keir Starmer, destacó que esto no significa que se haya legalizado el suicidio asistido, ni que los sospechosos no vayan a ser investigados, sino que se tendrán en cuenta ciertos factores para determinar si el sospechoso va a ser procesado o no, según la incidencia de cada factor y el interés público en el caso particular. Estos son algunos de los factores a tener en cuenta:

- Si la persona se beneficia económicamente del suicidio del paciente o si participa en el suicidio sólo por compasión.
- Si el paciente fue consciente, claro y determinante al momento de manifestar su deseo de morir (se tendrá muy en cuenta la edad del paciente -si es menor o mayor de 18 años- y su estado de salud mental).
- Si el paciente fue persuadido para suicidarse o si fue por propia voluntad. (Starmer, 2009)

Con respecto a la eutanasia, la ley británica es determinante al declarar que cualquier persona que directamente cause la muerte de otro va a ser juzgado por homicidio.

4.2.3 Australia

Tanto la eutanasia como el suicidio asistido fueron despenalizados en el territorio norte de Australia por el “Rights of the Terminally Ill Act 1995” (Acta de Derechos de los Enfermos Terminales) y en 1996 el Doctor Philip Nitschke practicó la primer eutanasia voluntaria y legal en el mundo. Durante su vigencia cuatro enfermos terminales pudieron cumplir con su deseo de morir, pero los opositores no tardaron mucho en encontrar la forma de anular esta ley. En marzo de 1997 el Parlamento Federal derogó la ley que permitía la muerte asistida.

4.2.4 Estados Unidos

En Estados Unidos el debate sobre el derecho a morir dignamente comenzó a principios del siglo XX, pero fue recién a fines de los años '80 que los casos que se presentaron comenzaron a tener efecto en las legislaciones de algunos de los estados de este país.

Casos como los de Karen Ann Quinlan (New Jersey), Nancy Cruzan (Missouri) y Terri Schiavo (Florida) implicaron duras batallas legales para permitir que estas tres mujeres, a las cuales les fue diagnosticado un estado vegetativo permanente, pudieran ser desconectadas de los aparatos que las mantenían con vida. En los tres casos las cortes fallaron permitiendo que fueran desconectadas, sentando así importantes precedentes de eutanasia pasiva en los Estados Unidos.

El tratamiento dado a las distintas formas de muerte asistida es variado, ya que en este país la eutanasia activa es considerada ilegal, la eutanasia pasiva ha sido autorizada en varios casos pero no existe una norma que literalmente la contemple y el suicidio asistido es legal sólo en algunos estados.

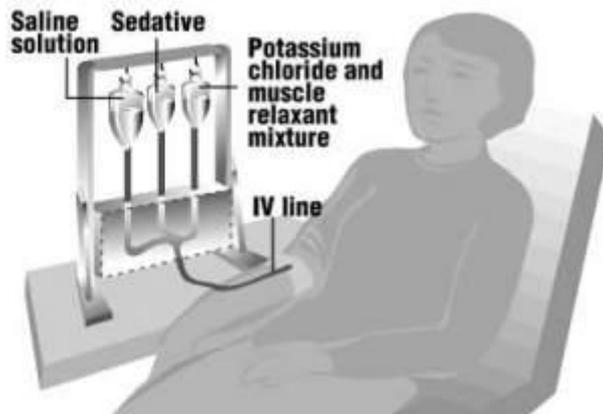
“El Doctor Muerte” (Levinson, 2010) (ANEXO III)

Jack Kevorkian es un médico estadounidense que en el año 1990 comenzó a prestar asistencia a pacientes enfermos que deseaban terminar con sus vidas.

Desde 1990 hasta 1998 asistió a 130 personas a terminar con sus vidas. Él considera que siempre que esté presente la voluntad consciente del paciente y un justificativo médico, se debería poder terminar con la vida de una forma rápida y menos dolorosa. Lo que él quería no era “matar a los pacientes” sino evitarles el sufrimiento.

Inventó dos máquinas para asistir los suicidios: el Thanatron y el Mercitron.

El Thanatron (máquina de la muerte) contaba con tres recipientes, cada uno con una jeringa, y se conectaban a través de una misma línea intravenosa en el brazo del paciente. El primer recipiente contenía solución salina, el segundo un sedante y el tercero cloruro potásico mezclado con un relajante muscular. Primero, ya sea el Dr. Kevorkian o algún asistente, liberaba la solución salina. Después, el paciente que deseaba morir, tiraba de una cuerda que liberaba el sedante (pentotal sódico) y luego de ello comenzaba a fluir el cloruro potásico que es el que detiene el corazón del paciente (el relajante muscular tenía como fin evitar espasmos durante el proceso).



“Thanatron”

Después de las primeras muertes asistidas practicadas con el Thanatron, la licencia del doctor Kevorkian fue revocada y, por ende, le era imposible acceder a las sustancias necesarias. Dado esto, decidió acudir a un método alternativo utilizando el “Mercitron”. Este método consistía en el uso de una máscara de gas que estaba conectada a un tubo con monóxido de carbono. Dependiendo del estado del paciente éste debía abrir la válvula o soltar un clip que impedía el paso del gas a través de la manguera que conectaba el tubo con la máscara. Antes de comenzar con este procedimiento el doctor sugería la ingesta de sedantes y relajantes musculares para que el paciente estuviese calmado al momento de inhalar el gas.

En repetidas ocasiones intentaron llevar a juicio por homicidio al Dr. Kevorkian, pero los cargos tuvieron que ser retirados no solo porque la legislación del estado de Michigan no preveía el suicidio asistido por un médico como ilegal, sino que, de hecho, eran los pacientes los que realizaban el último paso para causar su propia muerte, lo cual descartaba la figura de homicidio.

El 17 de septiembre de 1998 Kevorkian ayudó a morir a Thomas Youk, inyectándole él mismo la dosis letal de cloruro potásico. Esta forma de asistencia se corresponde con la definición de eutanasia activa, la cual, a diferencia del suicidio asistido, sí era ilegal. Durante el juicio por homicidio Kevorkian, en uno de sus intentos de convencer al jurado de que él no había cometido un crimen, planteó el siguiente silogismo:

“El matar a alguien no siempre es un crimen;

La eutanasia siempre es matar a alguien;

Entonces: La eutanasia no siempre es un crimen”.

Más allá de la coherencia de su silogismo, no se le dio lugar. El video que fue televisado en el programa “60 minutos”, quedó comprobado que el señor Youk deseaba morir y que se trataba de una asistencia requerida por el mismo paciente; pero de todos modos, el Dr. Kevorkian había transgredido la ley con su actuar y fue condenado por homicidio en segundo grado. Cumplió ocho años de su condena y fue liberado por buena conducta en el año 2007.

En la película titulada “You don’t know Jack” (“No conoces a Jack”) (Levinson, 2010) (ANEXO III) están representados claramente todos los sucesos descritos en los párrafos anteriores. Al Pacino, interpretando el papel de Jack, logra demostrar la pasión y convicción con la que el Dr. Kevorkian defendía el derecho de sus pacientes a elegir morir cuando sus circunstancias particulares no les permitían seguir haciéndolo con dignidad; contiene escenas realmente conmovedoras en las que se prueba que el

objetivo primordial de Jack era ayudar a sus pacientes a terminar con su vida sin dolor, ni sufrimiento innecesariamente prolongado. Al final de la película se representa de la forma más realista posible el juicio al que fue sometido Kevorkian luego de practicar por primera y única vez la eutanasia activa; un debate intenso, complejo y que genera sentimientos contradictorios, ya que por más que la postura de la ley se presenta de manera clara y justificada, los argumentos lógicos y moralmente válidos del Dr. Kevorkian son sumamente convincentes, conmovedores y razonables, lo cual da mucho que pensar a la audiencia.

Oregon (Department of Human Services, 1997)

El suicidio médicamente asistido fue legalizado en 1994 por la aprobación de la “Medida 16”, que dio origen al “Death with Dignity Act” (1997). En dicha Acta se establecen los requisitos que el paciente debe reunir:

- Tener 18 años o más.
- Ser residente del Estado de Oregon.
- Ser capaz para tomar y comunicar las decisiones con respecto a su estado de salud.
- Tener el diagnóstico de enfermedad terminal cuya evolución producirá la muerte en un periodo no mayor a seis meses.

Para obtener la prescripción por parte del médico (que debe ser también residente de Oregon) se debe seguir un procedimiento estricto que confirme que se

han cumplido todos los requisitos y que ha pasado un tiempo prudente desde que el enfermo toma la decisión hasta que la misma se lleva a la práctica para procurar mayor seguridad a la hora de actuar.

Washington (Washington State Department of Health, 2008)

En 1994 hubo una iniciativa para reformar el “Natural Death Act” (Acta de Muerte Natural) planteando la conveniencia de permitir la asistencia médica para morir dignamente; la propuesta fue rechazada y recién en el año 2008 se propuso y se aprobó la legalización del suicidio asistido para personas con enfermedades terminales con no más de seis meses de vida.

Montana

En Diciembre del 2008 la Corte Suprema de Montana falló a favor del señor Baxter en el caso Baxter Vs Montana. Baxter sufría de leucemia linfática y junto a cuatro médicos habían pedido a la Corte que se les reconociera el derecho de recibir y prestar ayuda para morir dignamente. La Corte consideró que los derechos constitucionales de privacidad individual y de dignidad humana se correspondían con el reclamo hecho por los demandantes; a su vez dijo que la Constitución de su estado no garantizaba el derecho al suicidio médicamente asistido pero que tampoco existía ningún caso precedente ni ningún estatuto que estableciese que la ayuda médica para morir dignamente fuera contrario a la política pública del estado de Montana.

4.2.5 Suiza

(Schwarzenegger & Summers, 2005)

En Suiza, el suicidio asistido sólo se considera ilegal cuando la persona que asiste lo ha hecho con fines egoístas o por interés propio o cuando la misma es consciente de que quien pretende suicidarse no tiene capacidad mental plena; en ambos casos se entenderá que la persona que presta asistencia ha cometido un homicidio (Artículo 115 del Código Penal Suizo).

La gran particularidad de esta legislación es que, a diferencia de la gran mayoría, no requiere que la persona que desea morir tenga residencia en el país, ni que la asistencia sea prestada necesariamente por un médico, ya que cualquier persona puede prestar asistencia a aquel que desee suicidarse. Tampoco se especifica si la persona que quiere acabar con su vida debe tener una enfermedad terminal.

En conclusión, en este país, los dos requisitos fundamentales para practicar el suicidio asistido sin correr riesgos de ser procesado son: la capacidad mental plena de quien quiere morir (lo cual implica pleno discernimiento y ausencia de cualquier enfermedad o estado mental que pueda afectar el juicio de la persona- Artículo 16 del Código Civil Suizo) y que el actuar de quien lo asiste sea motivado por un sentimiento altruista (la falta de interés personal en el suicidio del otro).

Dignitas

DIGNITAS es una organización Suiza, sin fines de lucro, que fue fundada en Zurich el 17 de Mayo de 1998 por el Dr. Ludwig Minelli. Los dos objetivos fundamentales de la misma son: (Minelli, Some Information About Dignitas, 2006)

1. Ayudar a las personas a suscribir un testamento vital que contenga las directrices a seguir por los familiares y médicos del paciente, llegado el caso de que el individuo ya no pueda comunicarse. Dicho testamento puede ser modificado o retractado por el paciente.
2. Ofrecer asistencia para un suicidio sin dolor ni riesgos, siguiendo al artículo 115 del Código Penal Suizo.

El slogan de la organización es “Vivir con dignidad...Morir con dignidad” y su estructura está conformada por una Asamblea General (compuesta por dos miembros activos que toman las decisiones de mayor importancia de manera unánime), una Secretaría General y los Miembros Destinatarios (los cuáles, como su nombre lo indica, son aquellos a quienes la asociación brinda sus servicios).

Los pasos a seguir para tener un suicidio asistido son: (Minelli, 2007)

1. Hacerse miembro de la asociación mediante un pago de inscripción y el pago anual de membresía.
2. Enviar una carta dirigida a Dignitas indicando los motivos por los cuales el paciente desea suicidarse, junto con el historial médico del mismo (el

cual debe haber sido actualizado dentro de los dos meses anteriores al envío de la carta).

3. Si la organización ha encontrado un médico que considere que los motivos expuestos por el paciente y su diagnóstico médico son suficientes para proceder con el suicidio asistido, se le pide al paciente una serie de documentos (actualizados en los seis meses anteriores) tales como el acta de nacimiento, acta de matrimonio, acta de defunción del cónyuge, acta de divorcio, etc.

4. Una vez que se hayan juntado todos los documentos, Dignitas arregla una cita con el paciente para que este conozca al médico con el fin de discutir todas las alternativas para solucionar su problema. Luego de dos entrevistas con el paciente, el médico podrá determinar si aquel es plenamente capaz para tomar la decisión de darle fin a su vida y si se han tomado todas las medidas posibles antes de llegar a esta última alternativa.

Las estadísticas demuestran que aproximadamente el 70% de las personas que han obtenido la “luz verde” (esto significa que el médico que se ha reunido con ellas ha decidido dar lugar al pedido del paciente y prescribirle la droga letal cuando el mismo esté listo) no vuelven a ponerse en contacto con la organización. Según el Dr. Minelli “la “luz verde provisional” parece ser un tipo de “salida de emergencia” del túnel por el que los pacientes transitan, lo cual provoca un alivio inmediato en ellos” (Minelli, 2007).

El método de suicidio utilizado en Dignitas es el explicado por uno de sus médicos a continuación:

“Estamos utilizando pentobarbiturato de sodio, una droga anestésica que puede ser tomada por vía oral o intravenosa si la persona no puede tragar líquidos. Trabaja muy rápido y sin provocar dolor u otro efecto secundario desagradable. Te sientes somnoliento, te duermes (como con cualquier anestesia general) y te duermes tan profundamente que la respiración se detiene. Entonces, no te despiertas más. Es la muerte perfecta, la “finem perfectuum” por la cual los monjes le piden al Señor todas las tardes: “Noctem quietam et finem perfectuum concedat nobis Domine omnipotens!” (Señor todopoderoso nos conceda una noche tranquila y un final perfecto)” (Geiger, 2009) (ANEXO I).

Esta organización ha tenido mucho apoyo por parte de personas de todo el mundo pero también tiene muchas organizaciones pro-vida y políticos en su contra que han tratado de obstaculizar su funcionamiento; sin embargo, Dignitas se ha mantenido firme en sus convicciones respecto al derecho a morir, ha asistido a más de mil personas para terminar con sus vidas de un modo seguro y pacífico y también ha ayudado a muchas otras a continuar con sus vidas y encontrar soluciones alternativas a sus problemas.

El Dr. Minelli considera que el elegir morir también es un derecho y como tal debe ser inherente e incondicional para la persona, y que el único requisito para ejercer el mismo debe ser la capacidad de discernimiento. Esto concuerda con lo establecido en el artículo 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos que reconoce el derecho a la dignidad humana y la autonomía personal y que por consiguiente, según la interpretación dada por la Corte Federal Suiza, “...incluye el derecho a decidir la forma

y el momento de terminar con la vida de uno mismo; siempre que la persona lo haya decidido por voluntad propia y pueda actuar en consecuencia” (Minelli, 2008).

En “The Suicide Tourist” (El Turista Suicida) (Zaritsky, 2007) (ANEXO IV) se puede ver con mayor claridad el procedimiento que un paciente de Dignitas debe llevar a cabo para suicidarse con la asistencia de dicha organización, el lugar donde se realiza, la forma de hacerlo y la atención que se le brinda. Documenta dos historias distintas de personas que desean terminar con sus vidas: por un lado está el profesor Craig Ewert, que sufre de una enfermedad terminal de la neurona motora; y por el otro lado, están George y Betty Coumbias, de los cuales solo el primero padece de una enfermedad cardíaca terminal, mientras que la mujer se encuentra en perfecto estado de salud pero aún así desea morir junto a su esposo. A lo largo del documental se muestra cómo Dignitas enfrenta caso por caso teniendo en cuenta la particularidad de cada uno de ellos y, por ende, el distinto tratamiento que merecen. Las imágenes son reales y también los diálogos, lo cuál hace que algunas partes sean impactantes y extremadamente conmovedoras, pero no dejan de ser algo que sucedió y que sucede más seguido de lo que uno imagina.

4.2.6 Argentina

El Código Penal Argentino en su artículo 83 dice que “Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado” y en su artículo 84 dice que “Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso,

por cinco a diez años el que por... inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte”; con ambos artículos queda establecida con claridad la postura de la legislación Argentina en relación al suicidio asistido y a la eutanasia respectivamente. El Art. 83 establece que está terminantemente prohibido ayudar a alguien a suicidarse. El Código no menciona específicamente a la eutanasia, pero puede entenderse incluida en el artículo 84 cuando habla de quien causare la muerte de otro “por inobservancia de los deberes de su cargo”; un ejemplo sería el caso de un médico que en vez de mantener con vida un paciente terminal (que es su deber primordial), provoca su muerte con consentimiento del paciente, ya sea inyectándole una droga letal (o una sobredosis de calmantes) o no prolongando su vida con medios artificiales o medidas extraordinarias.

La ley 17.132 sobre el Régimen Legal Del Ejercicio De La Medicina, Odontología Y Actividades Auxiliares De Las Mismas, vigente desde 1967 en Argentina, establece en su artículo 19 inciso 3 que: “Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a:... Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz.”

En manera análoga en el ámbito de la Provincia de Córdoba, en la ley 6222 del año 1978, que como tal es la que rige el ejercicio de la profesión médica en esta provincia, indica en su art. 5º incs. ‘a’ y ‘b’ que: “ARTICULO 5: Las personas que ejercen las profesiones y actividades afines a la salud, existentes o que se creen, están obligadas a...

» a) Profesar y auxiliar en una Medicina que respete la dignidad de la persona humana como ser trascendente compuesto de alma y cuerpo, con una clara identificación del paciente como objetivo fundamental y como ser en libertad;

» b) Respetar el derecho del paciente a la vida física y espiritual desde la concepción hasta la muerte, conservándola por medios ordinarios. Para la prolongación de la vida, la aplicación de medios extraordinarios quedará reservada al sano juicio del médico y a la voluntad del paciente o de sus familiares en caso de impedimento de éste” (Gobierno de la Provincia de Córdoba, 1978).

Se deja claro en estos dos incisos el carácter de seres dotados de dignidad y de autonomía de la voluntad que somos las personas (como ya ha sido mencionado en el Capítulo II del presente trabajo).

La llamada ‘Carta del Ciudadano’, establece en el artículo 6 que: “Todas las personas en la Provincia tienen derecho a:

» d) Obtener información adecuada de sus derechos en cuanto paciente y cómo ejercerlos.

» h) Recibir la información necesaria para autorizar, con conocimiento de causa, todo tratamiento que pretenda aplicársele. Tal información deberá contener posibles riesgos y beneficios.” (Gobierno de la Provincia de Córdoba, 2000) (Para el consentimiento o rechazo *informado* por parte del paciente).

» j) Recibir la información necesaria para autorizar, con conocimiento de causa, todo tratamiento que pretenda aplicársele. Tal información deberá contener posibles riesgos y beneficios.

» k) Participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y a solicitar al Hospital la entrega documentada del plan terapéutico a observar luego del alta médica.

» l) Negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad.

» m) Revisar su historia clínica y obtener una copia documentada de la misma.

» n) Obtener información integral - en forma documentada- sobre investigaciones científicas que se le propongan y, en su caso, negarse a participar en ellas”

De la misma forma, la legislación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el Decreto N° 2316/03 establece: “Reglamentación del artículo 4° de la Ley N° 153 - Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - Artículo 4° - Inc. h):

» El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.

» El paciente podrá solicitar durante el procedimiento seguido para manifestar su consentimiento informado, la presencia de personas de su elección.

» Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).

» Una síntesis de la información brindada por el profesional actuante deberá quedar registrada en la Historia Clínica o registros profesionales con fecha, firma del profesional, aclaración y número de Matrícula. En idéntica forma deberá registrarse la declaración de voluntad del paciente que acepta o rechaza el estudio o tratamiento propuesto, así como el alta voluntaria si correspondiere, con su firma y aclaración. Para el caso de

rechazo informado, deberá explicarse al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento, las que se registrarán del mismo modo en la Historia Clínica o registros pertinentes.

» Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. Solo en caso de negativa injustificada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.

» En ningún caso el profesional deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado.

» Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando: i) a criterio del profesional actuante existan riesgos para la Salud Pública; e ii) cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones, salvo que existan indicios que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos.”

Pese a la claridad con la que la legislación médica reconoce la autonomía del paciente para elegir dejar a la naturaleza seguir su curso sin interrumpirlo con tratamientos extraordinarios y desproporcionados, el “derecho a una muerte digna” solo tiene legislación específica en dos provincias de nuestro país: Neuquén y Río Negro. Al parecer, tanto en el Congreso Nacional como en el de las otras provincias, prefiere evadirse la legislación específica de esta temática por su naturaleza controversial y delicada, al igual de lo que sucede con los testamentos vitales como ya lo hemos explicado.

En el año 2007 la legislatura de la Provincia de Río Negro aprobó el proyecto de ley presentado por la Diputada Marta Milesi sobre los “Derechos de los enfermos terminales. Derecho a la dignidad y respeto a la calidad de vida” (Ley Provincial B N° 4264 (ANEXO VII)); reglamentado en el año 2009 por el gobernador Miguel Saiz (Decreto N° 839). En el año 2008 en la Provincia de Neuquén se aprobó el proyecto de ley elaborado por el Diputado José Russo que contempla el derecho de los pacientes con enfermedades terminales a tener una muerte digna. Estas dos provincias son las únicas que han legislado específicamente sobre el tema como ya lo dijimos.

La Ley 4264 de Río Negro consta de sólo 13 artículos. En su artículo 2 establece que está dirigida a toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación, informada en forma fehaciente y otorga 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. También otorga, a cualquier persona en cualquier momento –ya sea al ingresar al establecimiento

asistencial o durante la etapa de tratamiento-, el derecho de manifestar su voluntad para que no se implementen o se le 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 su artículo 8 aclara 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 (es decir, se continúa con los cuidados paliativos para aliviar al paciente de los dolores que le causan su enfermedad).

Para que sea más claro cuáles son las implicancias de los términos utilizados en los artículos citados, el Anexo II del Decreto que reglamenta esta norma ha determinado el significado de los mismos:

» **Enfermedad irreversible:** Aquella patología que, aunque pueda ser manejada transitoriamente, conducirá inevitablemente a la muerte.

» **Enfermedad incurable:** Aquella que no tiene un final cierto como producto del tratamiento o en forma espontánea con o sin ayuda médica.

» **Estadio Terminal:** a aquel en que la muerte es posible en un breve periodo de tiempo medido más bien en días o semanas que en meses o años.

» **Procedimiento de reanimación artificial:** Son aquellos procesos de reanimación cardiopulmonar primaria mediante masaje cardíaco externo, respiración boca a boca y que se continúan de ser necesario con otros

procedimientos más complejos tales como asistencia respiratoria mecánica, etcétera.

» **Medidas de soporte vital:** Son las técnicas o tratamientos que aplicados al organismo pueden sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida.

» **Agonía:** Es el estadio de un paciente en el que por sus condiciones clínicas, que indican deterioro severo de los sistemas orgánicos, la muerte se espera en el transcurso de horas.

» **Prolongación innecesaria de la agonía:** Consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o el uso medios extraordinarios con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

» **Sufrimiento inevitable:** Cuando en el curso de una enfermedad las expectativas hacen prever que no habrá forma de eludirlo sin medidas especiales adecuadas.

» **Acciones tendientes al confort y control de síntomas:** Son aquellas destinadas a mejorar el bienestar del paciente a través de medidas que disminuyen los síntomas que le producen dolor y/o sensaciones molestas.

En el artículo 3 de la Ley habla del deber de informar al paciente a los efectos de obtener el consentimiento o el rechazo informado por parte del mismo en relación a los tratamientos que le sean aplicables. El art. 5 determina los requisitos a cumplir para que

la manifestación de voluntad por parte del paciente sea válida y en el 7 se aclara que el único que puede revocar la declaración es quien la manifestó.

El artículo 6 contempla el caso en el que el paciente no pueda manifestar su voluntad y no lo haya hecho con anterioridad, y se encuentre en un estado crítico¹⁸; dada esa situación, el equipo médico, previa intervención del comité de bioética institucional, planteará al cónyuge, descendiente, ascendiente, o a los parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido o al representante legal de la persona incapaz, la abstención o el retiro del soporte vital en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada o existan eventos que permitieren presumir que tampoco se obtendrá en el futuro.
- 2) Cuando sólo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconsciencia permanente e irreversible.
- 3) Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.

El artículo 9 otorga el derecho a los representantes del paciente de pedir una segunda opinión respecto al estado el representado.

Los artículos 11 y 12 refieren a los profesionales intervinientes: el 11 los libera de todo tipo de responsabilidad en tanto y en cuanto actúen bajo las indicaciones de esta norma y el 12 contempla la objeción de conciencia que los médicos pueden declarar en

¹⁸ *Estado Crítico*: cuando exista o pueda razonablemente existir una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas que puedan comprometer la supervivencia y la muerte sea un evento posible y próximo.

relación a esta normativa, caso en el cuál no se verá obligado a practicarla pero tampoco será amparado por la misma.

Jurisprudencia: “Caso Parodi” (ANEXO IX)

Comentario:

Un caso muy conocido en el que la justicia aplicó por analogía las leyes la jurisprudencia relacionada con la autonomía del paciente, fue el de Ángel Fausto Parodi (*Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional N° 3, Mar del Plata, setiembre 18 de 1995*).

El Sr. Parodi padecía de diabetes, en el mes de agosto del año 1995 su pierna derecha fue amputada debido a una gangrena en el pié derecho. Días después de la operación se le diagnostica isquemia vascular del miembro inferior izquierdo y se indica la amputación del mismo. Ante este diagnóstico, el Sr. Parodi decide negar su consentimiento a ser operado.

Debido a la falta de legislación provincial que autorice a los médicos a no prestar los tratamientos necesarios para mantener con vida a un paciente cuando éste se niega a dar su consentimiento, el Hospital en el que se encontraba el paciente decide presentarse ante la justicia para comunicarle la negativa de este último a someterse a la amputación necesaria para salvar su vida.

El Juez Pedro Federico Hooft, luego de un detallado análisis de informes, doctrina y jurisprudencia, decide otorgarle primacía a la negativa del paciente por sobre la indicación médica y ordena que se continúen tomando las medidas terapéuticas

necesarias para mitigar el sufrimiento y resguardar el bienestar del paciente mientras viva.

El fallo del Juez Hooft en el caso Parodi es importante para el presente trabajo no solo porque da una solución favorable en relación al “derecho a morir”, sino porque también contiene y explica cuatro de los conceptos fundamentales tratados a lo largo del desarrollo:

- *El principio de autonomía del paciente* (la voluntad del Sr. Parodi era que no se le amputara su pierna izquierda; siendo el paciente una persona competente y capaz y dado que la decisión no afectaba derechos de terceros, la voluntad expresada se considera plenamente válida y debe ser acatada como tal).
- *La dignidad de la persona* (el obligar a vivir a una persona, cuando su voluntad es clara y justificada respecto a por qué considera que ya no tiene sentido seguir viviendo así, implica un atentado inaceptable contra la dignidad de la persona).
- *El consentimiento informado* (el Sr. Parodi estaba informado y consciente respecto a su situación y comprendía los riesgos de muerte que existían en caso de que no se procediera con la indicación médica, no obstante lo cual expresó su negativa a recibir el tratamiento).
- *El principio de beneficencia* (pese a los riesgos que presentaba el no seguir la indicación médica, es evidente que el respeto de la decisión del paciente le brindaría mayor bienestar a este que someterlo a una

intervención quirúrgica mutilante para mantenerlo con vida en contra de su voluntad).

Capítulo V: *Conclusión.*

5.1 CONCLUSIÓN

A lo largo del presente trabajo se han desarrollado los conceptos que se relacionan con la vida y la muerte de la persona, tanto desde un punto de vista legal como también ético y religioso.

La vida es el derecho máspreciado que nos ha sido otorgado y como tal debe ser protegido siempre ante toda injusticia. Esto no quita que existan momentos en los que el ser humano se ve obligado a decidir entre la existencia misma y el bienestar personal; momentos en los que uno debe elegir entre cantidad de vida y calidad de vida.

La medicina es la rama de la ciencia cuyos inventos y descubrimientos tienen el fin primordial de curar a las personas y mantenerlas con vida, es decir, procura dar tanto calidad como cantidad de vida. No obstante, hay que reconocer, como seres finitos que somos, que tanto nuestros cuerpos como la ciencia médica que se encarga de mantenerlos sanos, tienen límites; admitir esto nos lleva a darnos cuenta de que muchas veces las alternativas entre las cuales podemos elegir son excluyentes entre sí y una vez hecha la elección puede que no haya vuelta atrás, es por eso que cuando uno tiene que decidir sobre dos o más opciones que se le presentan en relación a su vida tiene que ser completamente consciente de lo que hace.

Más allá de que los profesionales médicos conozcan sumamente bien el funcionamiento de nuestros cuerpos, los síntomas, las enfermedades, los dolores, etc., ninguno de ellos puede conocer con tanto detalle como un síntoma, una enfermedad o un dolor afecta psíquica y emocionalmente a un paciente en particular, por el simple hecho de que todos los seres humanos somos diferentes y, por ende, existen infinitudes

de formas de afrontar y soportar el sufrimiento y el deterioro de la salud. El hecho de que la prolongación de la vida se vea como un avance positivo que nos brinda la ciencia actual, no significa que sea visto de ese modo por todos; que la vida pueda prolongarse más allá de lo dispuesto por la naturaleza es favorable en muchos aspectos, pero siempre y cuando no se de prioridad a este descubrimiento en detrimento de lo que realmente cuenta que es la calidad de vida. El derecho a la vida se nos reconoce para que disfrutemos de nuestra existencia y de las cosas que se nos presentan, eso hace a la esencia de esta facultad, entonces el hecho de que vivamos más años no necesariamente implica que el derecho a la vida (a su calidad) esté siendo ejercido en su plenitud, ya que vida sin disfrute es mera existencia, y no es sólo eso lo que el derecho pretende para las personas.

El principio de autonomía es el que nos permite desenvolvemos en la sociedad como individuos independientes que conocemos nuestros propios límites, sentimientos, conocimientos y experiencias, y por lo tanto podemos darnos nuestras propias reglas en cuanto a la elección de lo que, en base a todo lo recién mencionado, consideremos como más conveniente para nosotros.

Las leyes nos reconocen el derecho a nacer y el derecho a vivir, lo cual significa que dos de los tres pasos del ciclo de la vida están contemplados por todas las legislaciones. El ciclo del ser humano cuenta de tres pasos: nacer, crecer y morir. Cuando nacemos no somos conscientes y es por ello que el derecho nos debe amparar por completo creando obligaciones para quienes nos rodean. Una vez que empezamos a discernir y a ser conscientes de la vida, el derecho atenúa su control absoluto para dar lugar a la autonomía y la libertad necesarias para crecer, formarnos y disfrutar nuestra

existencia. Llegado el momento en el que nuestra vida se ve afectada por un deterioro en la salud, ¿con qué justificativo se quitaría al hombre el derecho de elegir y autodeterminarse a la hora de experimentar la última etapa de su ciclo?. Los seres humanos somos mortales, nuestra existencia tiene un fin y sobre eso no se puede discutir; entonces, el problema radica en determinar ¿a quién pertenece la decisión de si alguien está listo para dejar este mundo o no?, ¿debe el conocimiento científico o la letra de la ley ser considerados por sobre los pensamientos y sentimientos de la persona que transita la última etapa de su vida?, ¿pueden los médicos o los legisladores jugar a ser Dios o tomar el rol de seres superiores que tienen el control sobre la muerte de las personas?. En mi opinión, siempre que se respete el principio de ejercer nuestros derechos sin perjudicar los de los otros, no hay mejor juez de nuestras elecciones de vida que nosotros mismos, ya que no solo vemos o juzgamos una parte de ellas sino que experimentamos, pensamos y sentimos cada momento de nuestras elecciones, los aciertos o desaciertos, las disfrutamos o las sufrimos, somos víctimas o beneficiarios de las mismas. Creo que cualquier persona consciente que sufre de alguna enfermedad terminal o incurable o alguna incapacidad física que deteriore su calidad de vida de forma progresiva, en tanto y en cuanto su elección no afecte a un tercero, tiene más autoridad que cualquier juez o médico para decidir cuándo dejar este mundo y de qué forma; y creo que si todos nos pudiéramos poner en los zapatos de otro antes de juzgarlos, entenderíamos el por qué de lo que acabo de decir.

Las formas de muerte asistida que han sido expuestas en este trabajo están directamente relacionadas con personas que se encuentran en los estados mencionados en el párrafo anterior, es de suma importancia aclarar que no estoy de acuerdo con aquellos que pretenden terminar con sus vidas por mero capricho, enojo, inmadurez,

egoísmo. Cuando digo que las personas tienen derecho a elegir sobre cómo morir, me refiero a aquellas que se encuentran en una situación cercana a la muerte o que no puedan disfrutar del derecho a la vida (ya sea por una enfermedad terminal, incurable o incapacidad degenerativa).

El suicidio asistido, la eutanasia pasiva y la eutanasia activa tienen distintos procedimientos y eso hace que, independientemente de que todas implican el derecho de una persona a decidir acabar con su vida para terminar con su sufrimiento, no todas las religiones y legislaciones las acepten o incluso, puedan aceptar su práctica. El hecho de que las acepten o no depende de los valores y principios que cada religión o legislación tenga en cuenta a la hora de analizar un caso de eutanasia o suicidio asistido. Pero el que puedan aceptarla o no depende de si realmente están preparadas para hacerlo, ya no tanto por una cuestión teórica sino ya por una cuestión de responsabilidad, conocimiento y compromiso en la práctica. Existen países que están preparados para poner en práctica todas o algunas de estas formas de muerte asistida y otros, como el nuestro, que no lo están.

La Argentina es un país en el que el derecho a morir ha sido discutido escasamente y las decisiones que se han tomado al respecto han sido ínfimas en relación a la importancia de este tema. Parece ser que el grado de controversia y complejidad del mismo hace que los legisladores prefieran evitarlo; implica menos esfuerzo y menos tiempo evadir un problema que solucionarlo. Se admite el uso de armas, el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco (que se hace en exceso) y hasta se analiza si legalizar o no el consumo de drogas alucinógenas; todas estas cosas son desencadenantes de muertes de miles de personas al año, y no son “muertes dignas” las que ocasionan

precisamente. Sin embargo, cuándo se menciona a la eutanasia o al suicidio asistido, la ignorancia misma por la falta de información por parte de los profesionales y dirigentes, hace que se los tome como temas tabú y que se juzgue a cualquiera que apoye la muerte asistida.

Con respecto a la **eutanasia activa** admito no estar en contra de que un médico respete la voluntad del paciente que desea morir y lo ayude, pero lamentablemente siento que la legalización de la eutanasia activa podría traer aparejado un gravísimo riesgo para la sociedad que muchas veces tiende a hacer un mal uso de las facultades que le son conferidas. El actuar médico que supone este tipo de eutanasia conlleva una enorme responsabilidad para los profesionales, que puede afectarlos de manera significativa, ya sea en cuanto a su consciencia como en su imagen ante la sociedad. No creo necesario llegar a este extremo para respetar el derecho a morir habiendo alternativas como las otras dos formas de muerte asistida que no involucran de forma tan directa al profesional en la muerte del paciente.

El **suicidio asistido** es practicado en otros países y su justificativo ha sido expuesto en la explicación del funcionamiento de la clínica suiza DIGNITAS. Esta organización ayuda a las personas que se encuentran enfermas o incapacitadas, con probabilidades de morir; los profesionales que trabajan en la misma procuran dar una segunda opinión sobre el estado clínico de los pacientes que acuden a ellos y proponerles soluciones alternativas, y solo en el caso de que se compruebe que las otras propuestas no darán los resultados esperados, los médicos asisten a los pacientes para que estos puedan terminar su vida de la mejor manera posible (el paciente da siempre el último paso que causa la muerte). El grado de compromiso, dedicación y

responsabilidad que se requiere para asistir a una persona a quitarse la vida con el afán de cumplir su voluntad de terminar con su sufrimiento, es muy elevado. En el documental “The Suicide Tourist” se muestra como el paciente ejerce su derecho de autodeterminación y cómo los médicos y sus parientes se limitan a ofrecerle alternativas y a asistirlo; lo cual es ni más ni menos el rol que deben tomar las personas a nuestro alrededor en una situación de ese tipo. También la película basada en la historia del doctor Jack Kevorkian, muestra cómo una situación de esta envergadura requiere de dedicación y verdadero interés en que la persona que está cansada de sufrir pueda darle fin a su vida.

En nuestro país, la tasa de suicidio por año va in crescendo, lo cual es algo alarmante y es de suma importancia que se tomen medidas al respecto. El tomar el tema del suicidio como un tabú no es la forma de ayudar a las personas que tienen tendencia a querer quitarse la vida. Yo sugeriría la creación de clínicas similares a DIGNITAS para los casos de personas que tengan ideas suicidas como producto de una enfermedad o de una situación de sufrimiento que no los deja disfrutar de su calidad de vida. Dicha organización debería ser también sin fines de lucro y contar con especialistas psicólogos y médicos que ayuden a los pacientes a encontrar alternativas a para solucionar su problema. Sin embargo, no creo oportuna la despenalización del suicidio asistido aun, ya que por la falta de educación de la gente en relación al tema existiría un gran riesgo de que se malinterprete y conlleve a resultados no deseados. Para llegar a esa instancia lo correcto sería hacer una campaña de educación y concientización del significado del suicidio asistido, tanto teórico como práctico, y luego evaluar si nuestra sociedad está preparada para entender y llevar a la práctica este tipo de muerte asistida.

Con respecto a la **eutanasia pasiva** que implica la omisión de actuar por parte de los médicos, hay que hacer hincapié en el hecho de que no se trata de una omisión negligente, sino que es un no actuar consentido y querido por el paciente, implica dejar que la enfermedad del este último siga su curso sin interrumpirlo con los avances tecnológicos que probablemente podrían prolongar la vida del paciente pero sin mejorar su calidad ni cambiar los resultados diagnosticados en base a la enfermedad que este padece. El paciente decide “dejarse morir” y los médicos se limitan a prestarle los cuidados para paliar el dolor que padece. Por más que ninguna legislación reconoce directamente la legitimidad de este tipo de actuar con el nombre de eutanasia pasiva (por la connotación negativa que equivocadamente se le ha adjudicado a la palabra eutanasia), en el mundo esto se aplica a diario por medio de la reglamentación referida como “autodeterminación del paciente”. En nuestro país tenemos normas que contemplan la primacía de la autodeterminación del paciente, tales como las expuestas anteriormente en este trabajo: La ley 17.132 en su artículo 19 inciso 3, la ley 6222 (Córdoba) en su art. 5º incs. ‘a’ y ‘b’, el Decreto N° 2316/03 (Ciudad Autónoma de Bs. As.) en el art. 4º inc. h y la ley Provincial B N° 4264 (Rio Negro); todas estas normativas amparan el derecho del paciente a “dejarse morir” sometiéndose al cuidado de los profesionales médicos con el único fin de paliar su sufrimiento con calmantes y los cuidados médicos necesarios, pero rechazando cualquier tipo de tratamiento que prolongue su vida innecesariamente. La eutanasia pasiva u ortotanasia suponen la muerte digna del paciente dejando que su vida siga su curso natural interfiriendo el actuar humano con el solo fin de evitar el dolor. La mayoría de las legislaciones reconocen el derecho de autodeterminación y también lo hacen la mayoría de las religiones, ya que todos ellos consideran al ensañamiento terapéutico como algo

contrario al deber médico y como un actuar contrario a las leyes divinas por parte de los profesionales al no reconocer ni aceptar la naturaleza mortal de los hombres y la limitación de sus poderes.

Creo que nuestro país necesita que los legisladores se decidan a discutir a fondo, de una vez por todas, la importancia que tiene el reconocimiento del derecho a morir, no sólo para crear una ley nacional que lo contemple sino también para promover una campaña de educación y concientización de la población en relación al tema. La ley 4264 de la Provincia de Rio Negro es una base lo suficientemente específica y concisa para utilizarla de ejemplo. Además de reconocer este derecho de autodeterminación del paciente en cuanto a su muerte al momento de consentir o rechazar una intervención médica, también se debe legislar en relación a los testamentos vitales o instrucciones previas. La ley 4264 hace una mención pero creo que es necesaria una explicación más completa y detallada de esta institución para otorgar más claridad y a su vez confianza en la misma. Sin más, pienso que teniendo como base la ley 4264 y el proyecto de ley presentado por el Senador Gioja, nuestros legisladores deberían poder crear una ley de muerte digna combinando el principio de autonomía del paciente (sin importar si quieren reconocerlo como eutanasia pasiva u ortotanasia) y la institución de las instrucciones previas.

Este trabajo responde a mi profundo interés en que las personas no sufran más de lo que deben y que encontrándose en una situación de enfermedad o incapacidad terminal o incurable, no tengan que, además de padecer los dolores físicos y la frustración mental que genera dicho estado, luchar contra los médicos y los jueces para poder morir en paz. La muerte es parte de nuestras vidas y la decisión respecto a la misma no puede depender del arbitrio de los médicos o los legisladores.

Capítulo VI: *Fuentes.*

6.1 BIBLIOGRAFÍA

- » Andruet (h), A. S. (2002). *Breve Exégesis del llamado Testamento Vital*.
Obtenido de <http://www.ajs.es/downloads/vol10025.pdf>
- » Aramesh, K., & Shadi, H. (2007). *Euthanasia: An Islamic Ethical Perspective*.
Obtenido de Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Medical
Sciences/ University of Tehran, Iran:
<http://www.iaari.hbi.ir/journal/archive/articles/v6s5ar3.pdf>
- » Bacon, F. (2008). *Francis Bacon: The Major Works (Oxford World's Classics)*.
(B. Vickers, Ed.) Estados Unidos: Oxford University Press.
- » Baliña, L. M. (1986). Aspectos Éticos vinculados con la muerte. En F. A.
Roemmers, *Ética en Medicina* (Segunda Edición ed.). Buenos Aires: Manuel
Luis Martí.
- » BBC. (2004). *Euthanasia and Suicide: Hindus*. Obtenido de Religion & Ethics
Website:
<http://www.bbc.co.uk/religion/religions/hinduism/hinduethics/euthanasia.shtml>
- » Bleich, J. D. (2002). *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*. Obtenido de
http://books.google.com/books?id=4hfMo8AZ3a4C&printsec=frontcover&dq=Judaism+and+Healing:+Halakhic+Perspectives&source=bl&ots=n5cOEpm1JG&sig=JhK7iFbqr8dQh9-TWGEKcxtYRg&hl=es&ei=jp2QTcvbI4Tl0gGUm-GmCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&sqi=2&ved=0CDEQ
- » Breitowitz, Y. (s.f.). *Physician - Assisted Suicide: A Halachic Approach*.
Obtenido de Jewish Law: <http://www.jlaw.com/Articles/suicide.html>
- » Campbell, C. S. (2000). *Las Religiones frente a la Eutanasia*. Obtenido de
UNESDOC: The UNESCO courier:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001184/118482s.pdf#118504>
- » Canada Tibet Committee. (1996). *Dalai Lama backs euthanasia in exceptional
circumstances* . Obtenido de World Tibet Network News:
http://www.tibet.ca/en/newsroom/wtn/archive/old?y=1996&m=9&p=18_4
- » Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1948). *Declaración
Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Obtenido de
<http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm>

- » Departamento de Salud, Educación y Bienestar de E.E.U.U. (1979). *"Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación"*.
- » Department of Human Services. (1997). *Death with Dignity Act*. Obtenido de <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/faqs.shtml#can>
- » Diario Público (Versión electrónica). (Marzo de 2010). *Holanda se plantea el suicidio asistido a mayores de 70 años*. Obtenido de <http://www.publico.es/internacional/300865/holanda/propone/debatir/suicidio/asistido/mayores/anos>
- » DIGNITAS. (Marzo de 2008). *The function of Assisted Suicide in the system of Human Rights*. Obtenido de http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=117&Itemid=166
- » Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (s.f.). *Estadísticas Vitales - Información Básica*. Obtenido de Ministerio de Salud - DEIS: http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp
- » Durkheim, E. (s.f.). *Definición de "Anomia"*. Obtenido de [http://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_\(ciencias_sociales\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Anomia_(ciencias_sociales))
- » Durkheim, E. (1985). *El Suicidio*. Madrid: Editorial Akal Universitaria.
- » El Presidente del Gobierno Español: José María Aznar López. (2002). *Ley 41/2002*. Obtenido de <http://civil.udg.es/normacivil/estatal/persona/pf/L41-02.htm>
- » Flores Bedregal, T. (2001). *Diferencias entre el suicidio de hombres y mujeres*. Obtenido de Diario La Jornada (Versión electrónica): http://www.jornada.unam.mx/2001/10/01/arts_38/38_suicidio_tere.htm
- » Geiger, D. A. (2009). ANEXO I: DIGNITAS. (V. Maximino, Entrevistador, & V. Maximino, Traductor)
- » Gherardi, C. R., Biancolini, C., Butera, J., Calvillo, L., Canteli, M., Cardonnet, L., y otros. (1999). *Pautas Y Recomendaciones Para La Abstención y/o Retiro De Los Métodos De Soporte Vital En El Paciente Crítico*. Obtenido de Revista de la Asociación Médica Argentina N° 4 - 1999: http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=134

- » Gobierno de la Provincia de Córdoba. (2000). *Ley 8835: Carta del Ciudadano*.
Obtenido de
<http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/0/F8CFE5FE67456F610325723400647E33>
- » Gobierno de la Provincia de Córdoba. (1978). *Ley N° 6222: Ejercicio de la profesión médica*. Obtenido de
<http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/2c055a73e0d568550325723400630d4e?OpenDocument>
- » Honorable Senado de la Nación. (s.f.). *Senador Nacional Cesar Ambrosio Gioja*.
Recuperado el 2011, de
<http://www.senado.gov.ar/web/proyectos/verExpe.php?origen=S&numexp=1391/10&tipo=PL&tConsulta=1>
- » House of Lords UK. (2004). *Assisted Dying for the Terminally Ill Bill*. Obtenido de <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldbills/017/2004017.htm>
- » Jayaram, V. (s.f.). *Hinduism and Suicide*. Obtenido de Hinduwebsite:
http://hinduwebsite.com/hinduism/h_suicide.asp
- » Juan Pablo II. (1995). *Evangelium vitae*. Obtenido de
http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_sp.html
- » Kant, I. (2005). *La Metafísica de las Costumbres*. (A. Cortina Orts, & J. Conill Sancho, Trads.) España: TECNOS.
- » Karutomo, M. S. (2009). ANEXO II: Pensamiento Budista con respecto a la muerte asistida. (V. Maximino, Entrevistador, & V. Maximino, Traductor)
- » Levinson, B. (Dirección). (2010). *"You don't know Jack"* [Película]. Estados Unidos.
- » Ley 41/2002. (2002). *Documento de Instrucciones Previas*. Obtenido de
<http://www.eutanasia.ws/textos/TVencastellano.PDF>
- » Lugo, E. (1998). *Temas de Bioética*. Buenos Aires: Editorial Schönstatt.
- » Luna, F., & Salles, A. (1995). *Decisiones de Vida y Muerte: Eutanasia, Aborto y otros temas de Ética Médica*. Buenos Aires: Sudamericana.
- » Mackinson, G. (2001). *Salud, Derecho y Equidad: Principios constitucionales. Políticas de salud. Bioética. Alimentos y desarrollo*. Buenos Aires : Ad-Hoc.

- » Marcó, E. (2011). ANEXO V: Pensamiento del Judaísmo con respecto a la muerte asistida. (V. Maximino, Entrevistador)
- » Martínez Zamora, N. C., Loy Vera, B. H., & Lugo Já, B. R. (2007). *Dilemas éticos de la eutanasia*. Obtenido de Portales Médicos:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/684/3/Dilemas-eticos-de-la-eutanasia>
- » Minelli, L. A. (2008). *DIGNITAS Forch-Zurich*. Obtenido de Symposium of Netherland's Association for Voluntary End Of Life (NVVE) 35th anniversary:
http://www.dignitas.ch/WeitereTexte/NVVE_SymposionEN.pdf
- » Minelli, L. A. (2007). *DIGNITAS in Switzerland - its philosophy, the legal situation, actual problems, and possibilities for Britons who wish to end their lives*. Obtenido de <http://www.dignitas.ch/WeitereTexte/FriendsAtTheEnd.pdf>
- » Minelli, L. A. (2006). *Some Information About Dignitas*. Obtenido de http://www.dignitas.ch/media_dignitas/Referat_Brighton20092006.pdf
- » NVVE. (1973). *Nederlandse Vereniging Voor Een Vrijwillig Levenseinde*. Obtenido de Asociación Holandesa para una Vida Voluntaria:
<http://www.nvve.nl/nvve-english>
- » ONU. (1984). *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. Obtenido de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cat.htm>
- » ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de Organización de Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- » Organización Mundial de La Salud. (2010). *Estadísticas Mundiales de Suicidio por género y edad*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- » *ProCon.org: Euthanasia: Buddhist perspectives*. (s.f.). Obtenido de What are Buddhist perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide?:
<http://euthanasia.procon.org/view.answers.php?questionID=000158>
- » *ProCon.org: Euthanasia: Hindu perspectives*. (s.f.). Obtenido de What are Hindu perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide?:
<http://euthanasia.procon.org/view.answers.php?questionID=000157>

- » *ProCon.org: Euthanasia: Jewish perspectives.* (s.f.). Obtenido de What are Jewish perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide?: <http://euthanasia.procon.org/view.answers.php?questionID=000155>
- » *ProCon.org: Euthanasia: Muslim perspectives.* (s.f.). Obtenido de What are Muslim perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide?: <http://euthanasia.procon.org/view.answers.php?questionID=000156>
- » Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la Real Academia Española.* Obtenido de <http://www.rae.es/rae.html>
- » Schwarzenegger, C., & Summers, S. J. (2005). *Criminal Law and Assisted Suicide in Switzerland.* Obtenido de <http://www.rwi.uzh.ch/lehreforschung/alphabetisch/schwarzenegger/publikationen/assisted-suicide-Switzerland.pdf>
- » Starmer, K. (2009). *DPP Press briefing on assisted suicide consultation.* Obtenido de <http://www.youtube.com/watch?v=3nwIWgXIZm0>
- » Subramuniaswami, S. (2001). *Living with Siva: Hinduism's Contemporary Culture.* Obtenido de http://www.himalayanacademy.com/resources/books/lws/lws_table_of_contents.html
- » The Law Office Of Elliot Schlissel. (2008). *History of Living Wills.* Obtenido de The Law Office Of Elliot Schlissel: <http://www.schlissellawfirm.com/ny-living-wills.php>
- » Vatican. (1980). *Declaration On Euthanasia (Declaración sobre la Eutanasia).* Obtenido de Sacred Congregation For The Doctrine Of The Faith - Franjo Cardinal Seper: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html
- » Washington State Department of Health. (2008). *Death with Dignity Act.* Obtenido de <http://www.doh.wa.gov/dwda/faq.htm>
- » Zaritsky, J. (Dirección). (2007). *The Suicide Tourist* [Película]. Canadá.

6.2 ANEXOS

6.2.1 ANEXO I: *Entrevista por correo electrónico a DIGNITAS (Geiger, 2009).*

ARCHIVOS ADJUNTOS CON LAS RESPUESTAS Y TRADUCCIÓN

1- How would you describe your job? ¿Cómo describiría su trabajo?

Well, first, I would not really call it a job.	<i>Bueno, primero que nada, yo no lo</i>
It is an activity I am devoted to. Sick people from all around the world apply to DIGNITAS for their wish to die. They do send their medical files and their claims for an assisted suicide together with their curriculum and reasons.	<i>llamaría un trabajo. Es una actividad a la que me dedico. Gente enferma de todo el mundo acude a DIGNITAS por su deseo de morir. Ellos mandan sus expedientes clínicos y sus pedidos de suicidio asistido junto con sus currículos y motivos</i>
My duty is to read these documents carefully and to decide whether I can agree with the wish for suicide or not. I can also ask for more detailed information. If I can agree with the wish, I let the organization know that by “giving green light”.	<i>Mi deber es leer estos documentos cuidadosamente y decidir si puedo estar de acuerdo con sus deseos de morir o no. También puedo pedir información más detallada. Si estoy de acuerdo con su deseo, se hago saber a la organización (DIGNITAS) “dándole luz verde” al caso.</i>
Some times I do not hear anything anymore.	<i>A veces no tengo más noticias del paciente.</i>
But sometimes the person makes further steps to end his life by arranging and	<i>Pero a veces la persona da un paso más adelante para terminar con su vida</i>

organizing the journey to Switzerland. Then, I will meet him or her two times to make sure that there is no discrepancy between the documents and the clinical situation, that he or her is not pushed by someone else or by a mental disease to commit suicide but does this by own will, and that he or her has enough capacity of mind to understand the consequences of his or her acting.

preparando y organizando el viaje a Suiza. Entonces nos reunimos con él/ella dos veces para asegurarnos de que no hay discrepancia entre los documentos y su situación clínica, que él/ella no está siendo presionado por alguien más o por una enfermedad mental para cometer el suicidio sino que lo hace por su propia voluntad, y que si él/ella tiene suficiente capacidad mental para entender las consecuencias de sus actos.

If I can agree on this, I do prescribe the necessary drug in a lethal dose. The prescription will be taken by a member of the organization and brought to the place where the person will drink it and die. Two members of the organization will be there with him, and sometimes also partners or relatives or friends. So, he or her will not die alone and in isolation, but in company of other human beings.

Si estoy de acuerdo con todo esto, prescribo la droga necesaria en una dosis letal. La prescripción será tomada por un miembro de la organización y será traído al lugar donde la persona la tomará y morirá. Dos miembros de la organización estarán con el paciente, y a veces también estará su pareja, familiares o amigos. Entonces, él/ella no va a morir solo/a y aislado/a, sino que estará en compañía de otras personas.

2- What’s your religious/personal opinion about death? ¿Cuál es su opinión

religiosa/personal sobre la muerte?

I am 64 years old now. I have grown up in a very catholic family; my elder brother had become a priest, my eldest sister a nun. Me, I was 10 years younger than them and I had therefore the chance of eating of the fruit of the tree of knowledge. I learned that there can not be any god as I have been told by my religion – today I think that there is no god at all. We are not god’s children or whatever, and there is no paradise or heaven after death.

Tengo 64 años. Crecí en una familia muy Católica, mi hermano mayor se hizo cura y mi hermana mayor monja. Yo soy 10 años más joven que ellos y por lo tanto tuve la oportunidad de comer la fruta del árbol del conocimiento. Aprendí que no puede haber ningún Dios como me habían dicho por mi religión – hoy pienso que no existe ningún Dios. No somos hijos de Dios o lo que sea, y no hay paraíso ni cielo después de la muerte.

La muerte es el fin de nuestras vidas. El alma no es nada que pueda existir sin el cuerpo – realmente no existe, sino que es una emanación de nuestro cerebro.

Hemos sido producidos por la evolución, nuestro cerebro tiene algunas facultades más que el de otros animales, y una de sus capacidades nos ha hecho inventar a los Dioses y finalmente a Dios como nuestro

as this belief could explain things that were not explainable before. And as our brain always wants explanations, (why is the sky blue?), the explanation of an almighty god helped people to understand their lives to a certain extent and was therefore valuable enough to be transmitted from parents to the children as a cultural heritage.	<i>padre, ya que esta creencia puede explicar cosas que antes no tenían explicación. Como nuestro cerebro siempre quiere explicaciones (¿por qué el cielo es azul?), la explicación de un Dios todopoderoso ha ayudado a la gente a entender sus vidas hasta un cierto punto y fue, por lo tanto, lo suficientemente valiosa como para ser trasmitida de padres a hijos como un patrimonio cultural.</i>
Today we can know better. (And we should know better, with the help of science, the real fruit of the tree of knowledge.).	<i>Hoy podemos saber más. (Y deberíamos conocer más, con la ayuda de la ciencia, la verdadera fruta del árbol del conocimiento).</i>

2- How did DIGNITAS start operating and which was the motive Mr. Minelli had to create it? ¿Cómo comenzó a operar DIGNITAS y cuál fu el motivo que tuvo el Sr. Minelli para crearla?

DIGNITAS started 10 years ago. Mr. Minelli is a fighter for human rights in general and specially for the human right	<i>DIGNITAS comenzó hace 10 años atrás. El Sr. Minelli es un luchador por los derechos humanos en general y en</i>
---	--

to die. But for more, you should ask him personally. The situation in Switzerland was and is very special, as there is no law against helping someone to commit suicide, except if you can take interest out of his death (heritage i.e.). That is why all the organizations for assisted suicide exist in the form of an association where you have to admit in order to benefit of the activity of the association.	<i>especial por el derecho humano de morir. Pero para más información deberías preguntarle a él. La situación en Suiza era y es muy especial, ya que no hay una ley en contra del prestar ayuda a alguien para que se suicide, a menos que la persona se vea beneficiado por la muerte del otro (por ejemplo: herencia). Es por esto que todas las organizaciones de suicidio asistido existen en forma de asociaciones en las que tienes que ser admitido para poder ser beneficiado por la actividad de la misma.</i>
---	---

4- The most important right that we all have is to live...do you think legislations should also consider the right to die? Why? *¿El derecho más importante que todos tenemos es el de vivir...piensa usted que las legislaciones deberían considerar también el derecho de morir? ¿Por qué?*

Well, I am not sure that we all have the right to live – this is an idea that came very late in the cultural history of mankind. And in some countries you may just loose this right from one day to the	<i>Bueno, no estoy seguro de que todos tengamos el derecho a vivir - esta idea apareció muy tarde en la historia de la humanidad; Y en algunos países puedes perder este derecho de un día para el</i>
--	--

next. But today we mostly think that every	<i>otro. Pero hoy en día la mayoría</i>
human being has this right, and that the	<i>pensamos que todo ser humano tiene este</i>
state is normally here to protect it. The	<i>derecho, y que el Estado está allí</i>
European Convention of Human Rights	<i>normalmente para protegerlo. La</i>
(you may “Google” it for more	<i>Convención Europea de Derechos</i>
information) says that there is a right not	<i>Humanos dice que hay derecho no solo a</i>
only to live (I would rather say to go on	<i>vivir (yo diría seguir viviendo una vez que</i>
living once you started to live) but also to	<i>comenzaste a vivir) pero también a</i>
decide on your life in the sense on self-	<i>decidir sobre tu propia vida en el sentido</i>
determination. That means the right to	<i>de autodeterminación. Eso significa el</i>
decide yourself i.e. of your sexual partner,	<i>derecho a decidir por ti mismo, como por</i>
of whom you want to marry, of the	<i>ejemplo con respecto a tu pareja, a la</i>
profession you want to learn, etc, and “in	<i>persona con quien te casas, la profesión</i>
extremis” also if you want to end your	<i>que quieres aprender, etc.; e “in</i>
life. The human society should only help	<i>extremis” si quieres terminar con tu vida.</i>
the individual to be able to make	<i>La sociedad debería ayudar al individuo a</i>
reasonable decisions, but not to protect	<i>tomar decisiones razonables, pero no</i>
him from making mistakes if his decisions	<i>impedirle cometer lo que ellos</i>
are reasonable for him.	<i>considerarían un error, si su decisión es</i>
	<i>razonable para él.</i>

5- What does “dying with dignity” imply/mean to you? ¿Qué implica/significa “morir con dignidad” para usted?

I think the most important part is that you can accept your death at the moment when it happens. You do not have to commit suicide for to die in dignity! – You can accept the fact that you are dying also in a hospital, at home, wherever it is, maybe even in an execution. (But there they try to humiliate you and make you loose your dignity by this way!!!)	<i>Creo que lo más importante es que uno pueda aceptar su propia muerte en el momento en el que ocurre. ¡No tienes que cometer suicidio para morir con dignidad! – también puedes aceptar el hecho de que te estás muriendo en un hospital, en tu hogar, o donde sea; quizás incluso en una ejecución (¡¡¡Pero allí tratan de humillarte y hacerte perder la dignidad de esa forma!!!)</i>
--	--

**6- Which are the cases the organization is currently treating? (Terminally ill patients, depressed people, healthy people who wish to die for a personal reason?)
¿Qué casos está tratando la organización actualmente? (¿Pacientes con enfermedades terminales, personas depresivas, personas saludables que desean morir por razones personales?)**

We mostly have cases of terminally ill patients (cancer, neurologic diseases as multiple sclerosis and others), severe diseases with no hope of improvement (tetraplegics, blindness, chronified pain-	<i>La mayoría de los casos que tenemos son de pacientes con enfermedades terminales (cáncer, enfermedades neurológicas como esclerosis múltiple y otras), enfermedades severas sin esperanza de que mejoren</i>
--	---

<p>syndromes, and others), combinations of these together with advanced age. We have very few psychiatric diseases – depressions are juristically very dangerous for us because of the question of the capability of discernment, so we need very good psychiatric expert opinions to help there and this is rare. Healthy people who wish to die for a personal reason are very exceptional, if ever it is possible in the case of the couple which has been married for decades, one partner is terminally ill and the other wants to leave this world with him.</p>	<p><i>(tetraplégicos, ciegos, síndromes de dolor crónico y otros), combinaciones de esas enfermedades con la edad avanzada. Tenemos muy pocos casos de enfermedades psiquiátricas – las depresiones son muy peligrosas legalmente para nosotros por la cuestión de la capacidad de discernimiento del paciente, así que necesitamos la opinión de un muy buen experto en psiquiatría para ayudar en estos casos, y no son muy comunes. Los casos de personas saludables que desean morir por motivos personales son muy excepcionales, y si suceden es posible en el caso de una pareja que ha estado casada por décadas, uno de ellos tiene una enfermedad terminal y el otro quiere dejar este mundo con él/ella.</i></p>
--	---

7- If a relative of someone who's incapable of expressing their desire to die because of being in a vegetative state or any similar condition, asked you to practice either active or passive euthanasia, would that be included in the practice of the organization? Do you also practice passive euthanasia? ¿Si un familiar de alguien

que es incapaz de expresar su deseo de morir por estar en un estado vegetativo o cualquier condición similar, le pidiera a usted practicarle al paciente la eutanasia activa o pasiva, estaría eso incluido en la práctica de la organización? ¿Practican también la eutanasia pasiva?

No! It is not legal in Switzerland to help this person by organizations. We only can help by assisted suicide. The person has to do the last step of the suicidal preparation by his own and must be in possession of his capability of discernment – if not, this is murder, and is punished by imprisonment for years!	<i>¿No! No es legal en Suiza ayudar a esta persona en la organización. Sólo podemos ayudar mediante el suicidio asistido. La persona tiene que llevar a cabo el último paso de la preparación para el suicidio por sí mismo y debe estar en posesión de su capacidad de discernimiento – sino, ello sería asesinato y ¡sería castigado con años de prisión!</i>
--	---

8- Do people who go to the organization, besides of having the chance to talk to doctors, have the chance of talking to another group of people which are in a similar situation they are? Do you think that could work as a "support group" to deceive them from carrying on with their wish to die? ¿Las personas que acuden a la organización, además de tener la oportunidad de hablar con doctores, tienen la chance de hablar con otro grupo de personas que estén en condiciones similares a ellas? ¿Cree usted que eso podría funcionar como un “grupo de apoyo” para disuadirlos de llevar a cabo su deseo de morir?

Difficult, but very theoretical question. I do not think that you would fly from Australia to Switzerland just to discuss your wish to die with others, if you are really sick. Where such a “support group” could help, could be in the internet. But I think this kind of “suicidal platforms” is often rather contra-productive as there is no therapeutical leader in them. Maybe you could draw up something which could become an option!	<i>Una pregunta difícil pero muy teórica. No creo que alguien volaría desde Australia hasta Suiza solo para discutir su deseo de morir con otros, si está realmente enfermo. En donde un “grupo de apoyo” podría ayudar es en el Internet. Pero pienso que este tipo de “plataformas suicidas” suele ser frecuentemente contraproducente ya que no existe un líder terapéutico en ellos. ¡Quizás podrías idear algo que pudiera convertirse en una opción!</i>
---	--

9- Which kind of doctors and professionals work at the organization? (doctors, psychiatrists, psychologists, lawyers?) ¿Qué tipo de doctores y profesionales trabajan en la organización? (¿doctores, psiquiatras, psicólogos, abogados?)

Well we are a very limited flock. We have medical doctors of different specializations but mostly generalists, we have very few psychiatrists. We have helpers with psychological background. We do not need any lawyers, as Mr.	<i>Bueno somos un grupo limitado. Tenemos doctores de distintas especialidades pero en su mayoría médicos generales, tenemos muy pocos psiquiatras. Tenemos ayudantes de psicología. No necesitamos abogados, ya que el Sr. Minelli realiza ese</i>
--	---

Minelli does this work if necessary. *trabajo en caso de que sea necesario.*

10- Which is the method you’re currently using to assist suicide? Why? How does it work? ¿Cuál es el método que utilizan actualmente para asistir el suicidio? ¿Por qué? ¿Cómo funciona?

We are using sodium-pentobarbiturate, an anesthetic drug which can be taken orally as a drink or intravenously if the person cannot swallow liquids anymore. It works very fast and without any pain or any other unpleasant side-effect. You get sleepy, fall asleep (as in any general anesthesia) and fall so deeply asleep that breathing stops. So, you do not wake up anymore. It is the perfect death, the “finem perfectuum” for which the monks ask the Lord every evening: “Noctem quietam et finem perfectuum concedat nobis Domine omnipotens!”

Estamos utilizando pentobarbiturato de sodio, una droga anestésica que puede ser tomada por vía oral o intravenosa si la persona no puede tragar líquidos. Trabaja muy rápido y sin provocar dolor u otro efecto secundario desagradable. Te sientes somnoliento, te duermes (como con cualquier anestesia general) y te duermes tan profundamente que la respiración se detiene. Entonces, no te despiertas más. Es la muerte perfecta, la “finem perfectuum” por la cual los monjes le piden al Señor todas las tardes: “Noctem quietam et finem perfectuum concedat nobis Domine omnipotens!” (Señor todopoderoso nos conceda una noche tranquila y un final perfecto)

11- Do you take into account any special requests from the patients that might make them feel more comfortable? (like music, setting of the apartment, etc)

¿Toman en cuenta algunos pedidos especiales por parte de los pacientes que pueden hacerlos sentir más cómodos? (como música, ambientación del departamento, etc)

Sure! We cannot change the whole apartment, but whatever the person may wish or brings with him is o.k. But you may be disappointed: most people do not want special arrangements, they just want to die. You must also know that it does not take a lot of time between the drinking of the medication and sleep.

¡Claro que sí! No podemos cambiar todo el departamento, pero lo que sea que la persona pueda querer o traiga con ella está bien. Pero puedes llegar a decepcionarte; ya que la mayoría de las personas no quieren arreglos especiales, sólo quieren morir. También debes saber que no hay mucho tiempo entre que toman la medicación y se duermen.

Important too: we never push the person to drink the medication now. We always wait for the moment when he/she will ask for it. That can be very soon (“let’s do it now, that’s what I came for”) or may take the whole day. The person has also always the right to change opinion and to leave the apartment without drinking the medication, coming back later or not coming back at all.

También es importante saber que: nunca presionamos a la persona para que tome la medicación; siempre esperamos el momento en el que él/ella la pide. Eso puede ser muy pronto (“hagámoslo ahora, para eso vine”) o puede tomar todo el día. La persona tiene siempre el derecho de cambiar de opinión e irse del departamento sin tomar la medicación,

volviendo luego o no volviendo en lo absoluto.

12- For how long have you been working for DIGNITAS and which was the most difficult situation you've experienced while working there? ¿Cuánto hace que trabaja para DIGNITAS y cuál ha sido la situación más difícil que ha experimentado durante su trabajo allí?

I am doing this “job” since spring 2007. I have worked through about 300 documentations and seen about 150 persons. To most of them I could prescribe the drug and of them only 2 or 3 didn't take it. I had to refuse the prescription to about 10 persons because I could not confirm that they knew really about their situation.	<i>Estoy haciendo este “trabajo” desde la primavera del 2007. He trabajado con alrededor de 300 documentos y he visto alrededor de 150 personas. A la mayoría de ellos les pude prescribir la droga y de ellos solo 2 o 3 no la tomaron. Tuve que negar la prescripción a alrededor de 10 personas porque no pude confirmar que realmente conocieran su situación.</i>
--	--

The most difficult situation? When I have to refuse to prescribe the drug. No, the worst case was the one of the young man with Motor Neuron Disease, fast progression. He came with his parents and his girlfriend. I saw, that the girl friend	<i>¿La situación más difícil? Cuando tengo que negar la prescripción de la droga. No, el peor caso fue el de un joven con la enfermedad de neurosis motriz, de progresión rápida. Vino con sus padres y su novia, vi que la novia estaba</i>
--	--

was pregnant. It was his baby, but he did not want to wait for the birth of his son, because he thought, that in 4 month he would not be able any more to talk to him, to caress him. He preferred to die now.	<i>embarazada. Era su bebé, pero él dijo que no quería esperar al nacimiento de su hijo porque pensaba que en 4 meses ya no podría hablarle ni acariciarlo; prefería morir en ese momento.</i>
--	--

13- Which are DIGNITAS statistics related to age, sex and motives of the patients that come to you to die with dignity? ¿Cuáles son las estadísticas de DIGNITAS relacionadas con la edad, el sexo y los motivos de los pacientes que acuden a ustedes para morir con dignidad?

Mr. Minelli has them all. Ask him	<i>El Sr. Minelli tiene todas. Pregúntale.</i>
-----------------------------------	--

.14- Why did you decide to work at this organisation? ¿Por qué decidió trabajar en esta organización?

Very difficult question. Well, it was the right moment, Mr. Minelli asked me to help him.	<i>Una pregunta muy difícil. Bueno fue el momento justo cuando el Sr. Minelli me pidió que lo ayude.</i>
---	--

I am a Gynaecologist /Obstetrician. That means, I had a lot of experience about birth, but nearly none with death. I saw my parents die in a good way about 12	<i>Soy un Ginecólogo y Obstetra. Esto significa que había tenido mucha experiencia con nacimientos pero casi ninguna con la muerte. Vi a mis padres</i>
--	---

years ago. I saw then that death is the most natural end of any person, but that life goes on, with others.

I think the most important step towards death in my professional life was the fact that that in Switzerland abortion is legal and so any gynaecologist learns to end life. First by D & C, later by giving a medication to the woman who wants to end the life which started to grow inside her. The situation is very similar: I ask the woman, if she really wants to stop her pregnancy, and when she says yes, I give her the medication to drink. In assisted suicide I ask the person, if he/her really wants to end his/her own life, and if he/her says yes, I prescribe the lethal drug.

In fact, a friend of mine told me in 2006, that he was assisting suicides with EXIT, a similar Organisation to DIGNITAS. He told me about his experiences and I said

morir de una buena manera cuando tenía alrededor de 12 años. Vi en ese momento que la muerte es el final más natural de cualquier persona, pero la vida sigue con otros.

Creo que el paso más importante en mi vida profesional relacionado con la muerte fue el hecho de que en Suiza el aborto es legal, entonces cualquier ginecólogo aprende a terminar con una vida. En un principio con el método de dilatación y evacuación (D y E), y después con el método de prescripción de una medicación a la mujer que quiere terminar con la vida que ha comenzado a crecer dentro de ella. La situación es muy similar: Le pregunto a la mujer si realmente quiere detener su embarazo y cuando dice que sí, le doy la medicación para que la tome. En el suicidio asistido le pregunto a la persona si realmente quiere terminar con su propia vida, y si

that I would try to do the same, when I would be retired.

dice q sí le prescribo la droga letal.

A few weeks later I had a patient in my practice which told me, that she had made a suicidal attempt because of her chronic depression in the time since her last consultation with me. I then said in a somewhat little fancy way: “I think that one should have the right to die if one really wants to die”. She didn’t answer but came back after 2 weeks and asked me for a prescription for a medication to die. Of course I couldn’t give her anything. I told her to reach EXIT or DIGNITAS for this purpose.

De hecho, un amigo mío me dijo en el 2006 que estaba asistiendo suicidios con EXIT, una organización similar a DIGNITAS. Me contó sobre sus experiencias y dijo que debería tratar de hacer lo mismo cuando me retirara.

Maybe a month or two later I got a letter from Mr. Minelli who was looking for MDs to prescribe the drug to members of his organisation. The time was ready for me, and since 2007 I am doing it very regularly (mostly once a week one case).

Unas semanas después tuve una paciente en mi práctica que me dijo que había intentado suicidarse por su depresión crónica en el intervalo desde su última consulta conmigo. Entonces dije de una manera sutil: “Pienso que uno debería tener el derecho a morir si uno realmente quiere morir”. Ella no me contestó, pero volvió después de 2 semanas y me pidió que le prescribiera una medicación para morir. Por supuesto que no pude darle nada. Le dije que contactara a EXIT o DIGNITAS para ese propósito.

Quizás uno o dos meses más tarde, recibí una carta del Sr. Minelli, quien estaba buscando doctores para prescribir las drogas a los miembros de su organización. El momento era justo para mí, y desde el 2007 estoy haciendo esto con mucha regularidad (mayormente un caso por semana)

15- What would you say to the people that are against your work? ¿Qué le diría a la gente que está en contra de su trabajo?

<p>Well I would tell them that they may be right – for themselves!!! But for others, it may be a very valuable option to end their lives in the right moment. It is certainly absolutely ethical to end ones life if one has good reasons for it and no responsibility towards others (children for instance, or old parents). Then it would not be ethical to decide one death without taking care for those who are dependent of you. So, without any responsibility towards someone else, you are free to end</p>	<p><i>Bueno yo les diría que pueden estar en lo correcto – ¡¡¡para ellos mismos!!! Pero para otros puede ser una opción muy valiosa el terminar con sus vidas en el momento correcto. Claramente es absolutamente ético terminar con la vida de uno si se tienen buenas razones para ello y no se tienen responsabilidades para con otros (hijos por lo pronto, o padres ancianos). Así, no sería ético decidir la muerte de uno sin tener en cuenta/cuidar a las personas que dependen de uno</i></p>
--	--

your life whenever you want. This is	<i>mismo. Entonces, no teniendo</i>
ethics – because it is your own life. Moral	<i>responsabilidades para con otros, eres</i>
is quite different. Moral says you should	<i>libre de terminar con tu vida cuando</i>
not commit suicide because of a lot of	<i>quieras. Esto es ético – porque es tu</i>
reasons, i.e. that it is against nature,	<i>propia vida. La moral es un tanto</i>
against society, against god!?	<i>diferente. La moral dice que no deberías</i>
By committing suicide, you do not change	<i>cometer suicidio por muchas razones, por</i>
nature, society or (the non existing) god.	<i>ejemplo: que va en contra de la</i>
And as long as you do not tangle	<i>naturaleza, de la sociedad y de Dios (!?).</i>
somebody else by doing it, you certainly	<i>Al cometer suicidio, no cambias a la</i>
have the right to do so.	<i>naturaleza, ni la sociedad, ni (al</i>
	<i>inexistente) Dios. Y mientras no</i>
	<i>perjudiques a alguien más haciéndolo,</i>
	<i>por supuesto que tienes el derecho de</i>
	<i>hacerlo.</i>

16- Which is the difference between passive euthanasia, active euthanasia and assisted suicide? ¿Cuál es la diferencia entre la eutanasia pasiva, la eutanasia activa y el suicidio asistido?

Assisted suicide and active euthanasia are	<i>El suicidio asistido y la eutanasia activa</i>
easy to explain. Passive euthanasia is a bit	<i>son fáciles de explicar. La eutanasia</i>
more complicated.	<i>pasiva es un poco más complicada.</i>

Assisted suicide is that you are helping somebody to commit suicide. Means, that you give him information how to do it or the means to do it and stay with him when he is doing it, protecting his act by being with him, i.e. you bring the medication/the poison, the person is drinking it and you stay with him, until he is dead.

The lethal act itself stays with the person who wants to kill himself.

Active euthanasia is killing somebody else. Here, the difference to a murder is, that you are doing it for a “good” reason or purpose and mostly in a nice way, means you are killing him for instance by an injection which makes him asleep and die (Sodium pentobarbital or Morphine or something else) in order to take away his sufferance knowing or judging that he wants to die. It can also be that you stop the machines that keep him in live. So the lethal act is with you, and it is causing his

El suicidio asistido es cuando ayudas a alguien a suicidarse. Significa que le brindas información sobre cómo hacerlo o los medios para hacerlo y te quedas con él/ella mientras lo hace, protegiendo su acto estando con él/ella, es decir, le traes la medicación/veneno, la persona la toma y tú te quedas con él/ella hasta que muera.

El acto letal en sí queda en la persona que quiere matarse.

La eutanasia activa es matar a alguien. Aquí la diferencia con un asesinato es que lo estás haciendo por una “buena” razón o propósito y por lo general de una buena manera; significa que lo matas por ejemplo con una inyección que lo duerme y muere (pentobarbiturato de sodio, morfina o algo más) para hacer desaparecer su sufrimiento sabiendo o juzgando que la persona quiere morir. También puede hacerse deteniendo las

death directly.

máquinas que lo mantienen con vida.

Passive euthanasia is letting somebody die by indirect causes. For instance, you can give someone morphine on his

Entonces el acto letal queda en ti, y causa

la muerte de la otra persona de forma directa.

demand which can cause his death by “side-effect”, means, it is not a really lethal doses, but it can cause his death by the circumstance that his body is already very weak. Or you can stop feeding someone in a coma, so he will die by starvation. Or you can decide not to treat an infection, so he will die because of the infection. In active or passive euthanasia, it may be the will of the person to die, but it may also only be the wish of somebody else, because the person does not have to act on his death at all.

La eutanasia pasiva es cuando se deja morir a alguien por causas indirectas.

Por lo pronto, puedes darle a alguien morfina, a su pedido, lo cual puede causar su muerte como efecto secundario,

es decir, no es realmente una dosis letal pero puede causar su muerte porque la

situación de su cuerpo ya es muy débil. O

puedes dejar de alimentar a alguien que está en coma, y así morirá por

hambre/inanición. O puedes decidir no

tratar una infección, entonces la persona morirá por la infección. En la eutanasia

activa o pasiva, puede ser el deseo de la

persona el de morir, pero también puede

ser el de alguien más, porque la persona

no tiene que actuar para causar su muerte en lo absoluto.

In assisted suicide, it is mostly guaranteed that it is really the wish of the person to die, because he has to do himself at least the final step. So, if he knows what he is

drinking and knows about the effect of the drink on him, then it is suicide. If he does not know what he is drinking or is ignoring that this would lead to his death, it is murder.

En el suicidio asistido hay más garantía de que morir es realmente el deseo de la persona, porque él/ella tiene que realizar el último paso por sí mismo/a. Así, si él/ella sabe lo que está tomando y el efecto que trae aparejado el tomarlo, entonces es suicidio. Si él/ella no sabe lo que está tomando o ignora que ello lo llevará a la muerte, entonces es asesinato.

17 - According to what you've said, DIGNITAS only practices assisted suicide and not any of the two types of euthanasia? Why is that? Would you agree to practice any of them? *De acuerdo con lo que usted dijo, DIGNITAS sólo practica suicidio asistido y no la eutanasia en ninguna de sus dos formas, ¿Por qué es eso? ¿Estaría de acuerdo en practicar cualquiera de ellas?*

DIGNITAS is only practicing assisted suicide because this is the only possibility for us to help people who want to die.

DIGNITAS solo está practicando suicidio asistido porque es la única posibilidad para nosotros de ayudar a las personas que quieren morir.

Assisted suicide is legal in Switzerland, active euthanasia is not.

El suicidio asistido es legal en Suiza, la

eutanasia activa no lo es.

For passive euthanasia you would need a hospital (because this death can take a long time and you need a perfect care of the people for this time)

Para la eutanasia pasiva se necesitaría un hospital (porque este tipo de muerte puede llevar un largo tiempo y se necesita un perfecto cuidado de las personas en ese tiempo)

18 - From your description of passive euthanasia I understand that the patient ends up suffering more (for dying by indirect causes) than the ones that go through active euthanasia (that fall asleep and die, similar to assisted suicide only that the doctor gives the drug), is that correct?...I'm asking you this because the most controversial euthanasia is the active one, but if what I've just said is correct, then it doesn't make sense that most legislations accept the passive one or, even if they don't, in practice it occurs more often since it's more difficult to control...I do believe we all have the right to die if we want that, but with the least suffering possible, that would be dying with dignity to me... *Por su descripción de la eutanasia pasiva entiendo que el paciente termina sufriendo más (muriendo por causas indirectas) que los pacientes a los que se le aplica la activa (que se duermen y mueren, similar al suicidio asistido solo que en este caso el doctor aplica la droga), ¿es esto correcto? ... Le pregunto porque la eutanasia más controvertida es la activa, pero si lo que dije recién es correcto, entonces no tiene sentido que la mayoría de las legislaciones acepten la pasiva o, incluso cuando no lo hacen, que en la práctica suceda con mayor frecuencia ya que su control es muy difícil...Yo sí creo que todos*

tenemos derecho a morir si lo queremos, pero con el menos sufrimiento posible, eso sería morir con dignidad para mí...

Passive euthanasia is not really more suffering, but longer suffering and it is the way for people who are in a very bad state of health in a hospital, where MD's do not want to help with assisted suicide or for persons who do want to die without suiciding themselves for personal reasons.	<i>La eutanasia pasiva no implica en realidad más sufrimiento, sino que un sufrimiento más prolongado y es el medio para las personas que están en un muy mal estado de salud en un hospital, donde los médicos no quieren ayudarlas mediante el suicidio asistido o para personas que quieren morir sin suicidarse por motivos personales.</i>
---	---

19- As a student of law you may learn to know that legality always has a history, and history is seldom logic. So the difference between an assisted suicide and active euthanasia may sometimes be very small, from the legal side it stays very big! The first is not punished by law; the second can condemn you to several years of imprisonment.	<i>Como estudiante de derecho puedes aprender a reconocer/saber que la legalidad siempre tiene una historia, y la historia rara vez es lógica. Entonces la diferencia entre el suicidio asistido y la eutanasia activa puede a veces ser muy pequeña, pero desde el punto de vista legal ¡es siempre grande! El primero no es castigado por la ley, la segunda puede condenarte a muchos años de prisión</i>
--	--

6.2.2 ANEXO II: *Entrevista por correo electrónico sobre el pensamiento Budista con respecto a la muerte asistida*
(Karutomo, 2009).

From: maxin@csloxinfo.com
To: vane_maximino@hotmail.com
Subject: For Vane - Wat Umong
Date: Fri, 4 Dec 2009 16:43:14 +0700

Hi Vane,

I went to Wat Umong (Wat = temple and Umong = tunnel) to gather the information that you need. I've gathered the information you need from Monk Songpop Karutomo the assistant head of Wat Umong. This temple is one of the oldest temples on Chiang Mai (dated back about 700 years). King Mengrai ordered the build up upon founding Chiang Mai city. It's also one of the most well known temple in Chiang Mai not only for its museum (long history of antique) but for the meditation as well (many foreigners are taking part of the meditation course daily).

Hola Vane:

Fui a Wat Umong (Wat= templo y Umong= túnel) para recolectar la información que necesitas. Conseguí la información que necesitas del Monje Songpop Karutomo, el asistente principal de Wat Umong. Este templo es uno de los más antiguos en Chiang Mai (tiene una antigüedad de alrededor de 700 años). El Rey Mengrai ordenó su construcción al fundar la ciudad Chiang Mai. Es también uno de los templos más conocidos en Chiang Mai no solo por sus museos (con una larga historia de antigüedades) sino también por la meditación (muchos extranjeros son parte en los cursos de meditación a diario)

Max Thammaraks

1- What does death mean to your religion? / ¿Qué significa la muerte en su religión?

It's a cycle of nature – everything is moving in circle. It's a part of the natural occurrence and nothing more (birth, decay	<i>Es el ciclo de la naturaleza – todo se mueve en un círculo. Es parte de los sucesos naturales y nada más</i>
---	---

and death). The spirit is the only thing that is moving beyond this world to the next. In most case, we believe in reincarnation except when one reaches the state of nirvana (then you no longer reborn). If you do good deeds, you will be reborn as in higher beings (human, Saints in heaven) but if you do bad deeds, you will reborn as lower beings (maggots, evil rotten in hell).

(nacimiento, decaída y muerte). El espíritu es la única cosa que se mueve más allá, de este mundo hacia el próximo. En la mayoría de los casos, creemos en la reencarnación, excepto cuando uno alcanza el estado de nirvana (entonces uno ya no renace). Si haces el bien, renacerás como un ser superior (humano, Santos en el cielo) pero si haces maldades, renacerás como un ser inferior (gusano, el mal podrido en el infierno)

2- What does your religion think about suicide? / ¿Qué piensa su religión con respecto al suicidio?

It's the biggest catastrophe in a human life and the greatest sin; Since only our spirit belongs to us and we borrow this body from the world, we are ending our chance to purify ourselves. We squandered a body that was given to us to do good deeds.

The most important issue is intention. If you are mentally ill, they you wouldn't have to burden the sin as much as those committed suicide with full conscious.

Es la peor catástrofe en la vida humana y el mayor pecado; Ya que solo nuestro espíritu nos pertenece y tomamos prestado nuestros cuerpos del mundo; estamos terminando con nuestra oportunidad de purificarnos. Estamos desperdiciando lo que nos fue dado para hacer el bien.

Lo más importante es la intención. Si uno está mentalmente enfermo, no tendría la carga del pecado de la misma forma que aquel que se suicidó conscientemente.

2- Does your religion accept/practice euthanasia (active and/or passive) or assisted suicide? Why? / ¿Su religión acepta/practica la eutanasia (activa y/o pasiva) o el suicidio asistido? Por qué?

We accept it as a part of the natural occurrences. It's certainly not ideal but if someone need to be assisted (since they are in intolerable pain), this will not burden sin just as those committed suicide with full intent.

Lo aceptamos como parte de los sucesos naturales. Ciertamente no es lo ideal, pero si alguien necesita ser asistido (por padecer un dolor intolerable), esto no sería un pecado como aquellos que cometen el suicidio conscientemente.

6.2.3 ANEXO III: *Película: “You Don’t Know Jack”.*

Título: “You don’t know Jack” (“No conoces a Jack”)

Dirección: Barry Levinson.

Producción: Scott Ferguson y Lidia Dean.

Guión: Adam Mazer, Neal Nicol y Harry Wylie.

Productoras: Royal Oak Films y HBO Films.

Música: Marcelo Zarvos.

Fotografía: Eigel Bryld.

Montaje: Aaron Yanes.

Reparto: Al Pacino, Danny Huston, Susan Sarandon, Brenda Vaccaro y John Goodman.

Año: 2010.

País: Estados Unidos.

Género: Drama.

Duración: 134 minutos.

Idioma: inglés.

Sitio web: <http://www.hbo.com/movies/you-dont-know-jack>

**6.2.4 ANEXO IV: *Documental: “The
Suicide Tourist”.***

Título: “The Suicide Tourist” (“El turista suicida”)

Dirección: John Zaritsky

Guión: John Zaritsky y Terence McKeown .

Productoras: CTV Television Network y Point Grey Pictures Inc.

Reparto: Craig y Mary Ewert, George y Betty Coumbias, Ludwig Minelli.

Año: 2007.

País: Canadá.

Género: Documental.

Duración: 90 minutos.

Idioma: inglés.

Sitio web: <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/suicidetourist/>

6.2.5 ANEXO V: *Entrevista por correo electrónico sobre el pensamiento Judío con respecto a la muerte asistida (Marcó, 2011).*

From: vane_maximino@hotmail.com
To: eloymarco@gmail.com
Subject: muerte asistida en el Judaismo
Date: Tue, 18 Jan 2011 11:48:47 -0300

Eloy: aquí te envió las preguntas de las que te hablé...

- 1- ¿Qué significa la muerte en su religión?
- 2- ¿Qué piensa su religión sobre el suicidio?
- 3- ¿Su religión acepta/practica la eutanasia (activa y/o pasiva) o el suicidio asistido?
¿Por qué?

Desde ya muchísimas gracias por tu ayuda!

Saludos...

Vane

Date: Tue, 18 Jan 2011 23:49:55 -0300
Subject: RESPUESTA
From: eloymarc@gmail.com
To: vane_maximino@hotmail.com

Punto 1. Pareciera ser que antes de la llegada del Mashiaj (Mesia), todos debemos morir -muerte física, ya que el alma del Iudi (judío) es eterna- aún la última generación, aunque sea un minuto deberá experimentar la muerte; con la llegada del Mashiaj, se plantea otro orden en la naturaleza, habrá otra TORA (libro sagrado), revivirán los muertos, es el Olam Habaa: el mundo venidero.

Algo muy interesante aunque metafórico respecto a tu pregunta 1, se encuentra en la página de Jabad. Jaiei Sará - Vida después de la muerte

Nuestros sabios de la Cabalá explican que el nombre de cada una de las secciones en las cuales está dividida la Torá, expresa el contenido conceptual de esa sección. El nombre

no se trata solamente de las primeras palabras de cada sección, ni fue elegido arbitrariamente. El nombre de ésta sección es Jaiei Sara, la vida de Sara.

Sin embargo, toda esta sección trata de eventos que ocurrieron luego de la muerte de Sara: 1) la compra de la Cueva de Majpelá para enterrarla, 2) el casamiento de Itzjak y Rivka, con lo que se consuela por la muerte de su madre, 3) el casamiento de Avraham y Keturá (Hagar) y la descendencia de Ishmael.

Si todos estos eventos ocurrieron luego de la muerte de Sara. ¿Por qué, entonces, la parashá se llama "La vida de Sara"? Esto significa que existe una conexión profunda entre lo relatado en esta parashá y la verdadera vida de Sara.

La expresión verdadera de vida es cuando ésta es eterna. Esto es posible sólo cuando uno está conectado a Di-s, la fuente de vida y eternidad.

La vida no termina luego del fallecimiento, sino que se expresa en la descendencia de la persona y en el transcurso de la vida que continúa en el mundo. Desde este punto de vista, específicamente los acontecimientos posteriores al fallecimiento testifican sobre la naturaleza de la vida, porque a través de ellos puede evaluarse la esencia de la vida de una persona.

Este es el significado de las palabras de nuestros sabios "Iaakov, nuestro patriarca, no murió, si su simiente está viva, él está vivo"; cuyo significado es que: cuando su simiente continúa en su camino, podemos asegurar que "él está vivo".

De esta manera, entenderemos uno de los eventos relatados en ésta sección: vemos a Rivka, que continúa el camino de Sara, al punto de generar los mismos milagros que ocurrían en vida de Sara, como nos cuenta el Midrash, que en la tienda de Sara había una vela encendida desde un Viernes hasta el próximo, que había una bendición especial sobre la masa de pan y que había una nube siempre protegiendo la tienda.

Para entender los otros dos (la compra de la cueva y la descendencia de Avraham) debemos entender primero la diferencia entre Avraham y Sara.

Avraham no fue solamente el padre de Itzjak, sino que también de Ishmael. De Avraham no surgió sólo el pueblo judío, sino también otros pueblos. Por el contrario, Sara era la madre de Itzjak solamente.

La misma diferencia se expresa en el servicio a Di-s de Avraham y Sara. Avraham difundía el conocimiento de Di-s a todas las personas, hasta a los árabes de aquella época que se arrodillaban al polvo de sus pies. En palabras de la Cabalá, Avraham proyectaba la energía divina a toda la humanidad. Mientras que Sara, desde el nacimiento de Itzjak, sólo deseaba dar energía divina a Itzjak, hasta el punto de echar a Ishmael y Hagar de la casa de Avraham.

Este concepto de transmisión de energía divina a todo el mundo (Avraham) o sólo a Itzjak (Sara) es la esencia de la explicación de los otros dos eventos de la parashá.

La importancia de la Cueva de Majpelá era, que estaban enterrados Adám y Javá, los padres de toda la humanidad. Aparentemente esto se relaciona con toda la humanidad y no sólo con el pueblo judío. Sin embargo, Avraham compró la cueva para enterrar a Sara y, de hecho, allí están enterrados los patriarcas y las matriarcas del pueblo judío, lo que indica que la cueva le pertenece al pueblo judío solamente.

Más tarde la Torá nos cuenta sobre la descendencia de Avraham y su casamiento con Keturá. En este relato, la Torá nos dice que Avraham dio todo lo que tenía a Itzjak, mientras que a sus otros hijos sólo dio presentes. Mismo cuando la Torá se refiere a Ishmael, éste es tratado como el "hijo de la egipcia Hagar, la sirvienta de Sara", lo que significa que no había comparación alguna entre Itzjak, el hijo de Sara e Ishmael, el hijo de la sirvienta de Sara.

Esto nos lleva a entender que los acontecimientos que ocurrieron tras el fallecimiento de Sara, ella los logró a lo largo de su vida. El camino de Sara en vida, de priorizar a Itzjak

por sobre el resto del mundo, era el camino correcto y es por eso que la sección se llama Jaiei Sara, la vida de Sara, porque todos los eventos descriptos indican cómo el camino de Sara continuó aún después de su muerte.

Extraído de Likutei Sijot, vol 15, pág. 145

Punto 2. Respecto al suicidio, por supuesto no es permitido, es contradecir la voluntad divina de poner al ser humano en este mundo en un determinado tiempo y lugar, para cumplir la misión especial que tiene asignada. Hashem hizo al mundo casi perfecto, y el hombre tiene que remover ese "casi" y tornarlo perfecto, esparciendo la luz de la TORA y Tikum Olam, que significa, arreglar, enmendar el mundo, trayendo divinidad a él.

Punto 3. Eutanasia, la perspectiva judía

Frente a los debates que generó una película sobre este tema, adéntrese en las aguas vitales de la Torá...Hasta hace poco, relativamente, la ciencia médica ofrecía todo o nada en su tratamiento de virtualmente toda enfermedad o defecto. O el paciente respondía al tratamiento —cuando éste era posible— y se curaba, o sucumbía como resultado de su dolencia. La dicotomía de tales situaciones generaba pocos dilemas morales para el practicante médico. Los pacientes, en general, buscaban tratamiento; y los médicos se esforzaban en hacer todo lo que les era posible a fin de efectivizar una curación. Sin duda alguna, los teólogos y los moralistas agonizaban ante planteos tales como la legitimidad moral de eutanasia para pacientes que encontraban a la prolongación de la existencia tremendamente dolorosa de soportar, y el límite hasta el que el paciente debía buscar modos extraordinarios de lograr una curación; empero, el número de personas a quienes tales situaciones eran afines, era mayormente reducido.

En años recientes la ciencia médica y la tecnología han hecho considerables progresos. Algunas enfermedades han sido virtualmente erradicadas; para otras, remedios efectivos han sido encontrados. Concomitantemente, se han desarrollado modos y sistemas que permiten al médico prolongar la vida, aún cuando se desconozcan curaciones efectivas. A pesar de que condiciones intratables responden ahora al servicio médico, tal

respuesta, generalmente, es menos que total; en tales casos, dilemas acerca del valor de la vida que es preservada se tornan hartos reales.

El dilema práctico del médico puede ser enunciado en términos simples: hacer el tratamiento o no. En la decisión de si iniciar o mantener semejante tratamiento o no, se insta al médico no solo a determinaciones de índole médica sino moral. Existen, al menos, dos componentes claros que se presentan en tales casos de incertidumbre.

El primero es un juicio de valores. ¿Es preferible que el paciente sea atendido? ¿Deben hacerse consideraciones de valores respecto de la calidad de la vida que ha de preservarse? La segunda pregunta alude a las responsabilidades personales del médico y del paciente. ¿Bajo qué circunstancias, y hasta qué punto, el médico está moralmente obligado a persistir en brindar un servicio médico de ataque a la enfermedad? ¿El paciente siempre está obligado a buscar un tratamiento de prolongación de la vida, aún cuando no se espera la recuperación?

La enseñanza judía acerca de estos planteos adquiere forma bajo el enunciado de que no solo la vida humana en general es de infinita e incalculable valoración, sino que cada momento de la vida es de valor inmensurable por igual. En consecuencia, las responsabilidades concernientes a tratamiento y curación son una misma cosa, ya sea si la vida del paciente ha de prolongarse por años o por meros instantes. Solo se hace la excepción en el caso de un paciente en estado de *guesisá*, es decir, moribundo (tal como ello se define en la Ley Judía) en el cual el proceso de muerte ha comenzado. Así, incluso en Shabat, se deben continuar los esfuerzos para liberar a una víctima enterrada bajo un edificio derrumbado, incluso si se encuentra a la víctima en un estado tal que no le permita vivir más que por un corto período de tiempo.

La vida con sufrimientos se considera, en muchos casos, preferente a su cesación y con ella la eliminación de este sufrimiento. El Talmud (Sotá 22a) y Maimónides (Hiljot Sotá 3:20) indican que la mujer adúltera, a la que se hacía beber “las aguas amargas” (Números 6:11-31) no siempre moría de inmediato. Si poseía otro mérito, a pesar de ser culpable de la ofensa con que se la acusaba, las aguas, en lugar de ocasionarle la muerte instantánea, producían un estado de debilidad y de degeneración que conducía a una prolongada culminación de la vida. La longevidad adicionada, aún acompañada de dolor y sufrimiento, es vista como un privilegio otorgado en reconocimiento de actos

meritorios. La vida acompañada de dolor, así, es vista como preferente a la muerte. Y este es el sentimiento que se refleja en las palabras del Salmista: “El Señor me ha castigado, mas no me ha dejado librado a la muerte” (Salmos 118:8).

La práctica de eutanasia –sea pasiva o activa- es contraria a las enseñanzas del judaísmo. Todo esfuerzo activo destinado a apresurar la muerte del paciente es equiparado al asesinato en la Ley Judía, incluso si solo ésta es adelantada por algunos momentos. No importa cuán loables sean las intenciones de la persona que realiza un acto de asesinato-por-piedad, su acción constituye un acto de homicidio.

“Mas tu sangre de tus vidas he de requerir; de manos de toda bestia la he de requerir; y de la mano del hombre, de la mano del hermano de una persona, he de requerir la vida del hombre” (Génesis 9:5). Esta detallada prohibición bíblica del homicidio contiene una frase aparentemente redundante. De momento que “de la mano del hombre” declara al hombre culpable por la muerte de su semejante ¿para qué precisa la Escritura reiterar “de la mano del hermano de una persona he de requerir la vida del hombre”? El fratricidio no es un crimen menos atroz que el homicidio ordinario. Rabí I. Z. Mecklenburg, en Haktav Vehakabalá comenta astutamente que, mientras que el asesinato es la antítesis del amor fraternal, en algunas circunstancias el hecho de quitar la vida a un semejante puede llegar a percibirse como un acto de amor par excellence. La eutanasia, impulsada por el deseo de poner fin a un sufrimiento insoportable, no nace del odio y el rencor sino de la preocupación y la compasión. Y es precisamente aquel quitar la vida, bajo circunstancias en las que resulta obvio y manifiesto que el perpetrador actúa motivado por sentimientos de amor y misericordia fraternal, el que la Torá encuentra menester tildar de asesinato, lisa y llanamente. A pesar de la intención noble que impulsa tal actitud, la muerte por misericordia está proscripta como una intervención no garantida en un área que debe ser regida tan solo por el Ser Supremo. La vida del hombre puede ser reclamada solo por el Dador de la Vida. Mientras al hombre le sea concedida la Chispa de la Vida—como se define en la eterna ley de Dios— el hombre no puede asumir el rol de apresurar la muerte, no importa cuán desesperanzada y carente de sentido puede resultar la prolongación de la existencia a los ojos de la sensibilidad del mortal.

La ley judía acerca del cuidado del moribundo está enunciada con claridad y precisión. El paciente, incluso si es un *goces* -un moribundo cuya muerte es inminente- es considerado como un ser vivo en todo aspecto. No se debe separar sus mandíbulas, lavarlos, mover la almohada de debajo suyo o colocarlo sobre el piso. Incluso está prohibido cerrar sus ojos pues el que cierra los ojos al acercarse la muerte, es como si derramara sangre”. Cada uno de estos actos está prohibido pues el movimiento más leve del paciente puede apresurar su deceso. En palabras del Talmud: “El tema puede compararse a una llama titilante; en cuanto uno la toca, la luz se extingue”. En consonancia, todo movimiento o manipulación del moribundo está prohibido.

La eutanasia pasiva, la omisión de un procedimiento terapéutico, o la retención de medicación que puede mantener la vida, también está prohibida en la Ley Judía. La naturaleza final de una enfermedad no mitiga, de manera alguna, las responsabilidades del facultativo. El médico debe prolongar la vida en la misma medida en que debe lograr una curación.

La eliminación del dolor es, sin duda, una meta legítima y loable. De acuerdo a algunas autoridades rabínicas, se incluye en el precepto global de curar; no cabe duda de que forma parte del dictamen “ama a tu prójimo como a ti mismo”. Empero, cuando la meta doble -obviar el dolor y preservar la vida entra en conflicto, el judaísmo reconoce la supremacía y santidad de la vida, y, en consecuencia, asigna prioridad a la preservación de la vida.

ESTO ES EL PENSAMIENTO DE LA ORTODOXIA JUDÍA SOBRE LAS PREGUNTAS QUE ME HICISTE.

ELOY MARCÓ

6.2.6 ANEXO VI: *Proyecto de Ley*
sobre Testamento Vital.

Senado de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección General de Publicaciones

(S-1391/10)

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,..

ARTÍCULO 1°.- Objeto de la Ley.

El objeto de la presente ley es el de regular el derecho de autonomía de los ciudadanos, que padeciendo una enfermedad terminal no se encuentren en condiciones de tomar decisiones por sí mismo, a través del testamento vital.

ARTÍCULO 2°.- Conceptos:

- a) Testamento Vital: El Testamento Vital trata sobre el derecho de autonomía que tienen todos los seres humanos, llevado al ámbito de la medicina, pues es la manifestación escrita de una persona mayor de edad, capaz y libre, en la que expresa anticipadamente su voluntad respecto a los cuidados y el tratamiento de su salud o la asistencia sanitaria que desea recibir en el caso de padecer una enfermedad terminal y encontrarse en situaciones que le impidan comunicar personalmente su voluntad. Para este cometido, dicha persona, además de expresar su voluntad en forma escrita, puede designar un representante para que, en situaciones en las que se establecen anteriormente, sirva como su interlocutor ante las autoridades médicas para procurar el cumplimiento de las instrucciones previstas establecidas en el testamento vital.
- b) Enfermedad Terminal: enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía con nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.
- c) Ensañamiento Terapéutico: adopción de medidas desproporcionadas para mantener las funciones vitales de un paciente con enfermedad terminal.

d) Tratamiento Invasivo: es un procedimiento en el cual se penetra el cuerpo desde afuera para intervenir en el funcionamiento del mismo a través de una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio.

e) Eutanasia: es adelantar la hora de muerte en caso de una enfermedad Terminal. Los tipos de eutanasia son dos: a) eutanasia activa; consiste en provocar una muerte indolora a petición de un paciente con una enfermedad terminal o gravemente invalidante b) eutanasia pasiva; se deja de hidratar, alimentar o tratar una complicación con lo cual se precipita el término de la vida. Los cuidados y el tratamiento de su salud o la asistencia sanitaria que desea recibir y los que no desea recibir el otorgante por considerarlos que atentan contra su dignidad siempre que los mismos no impliquen una eutanasia activa.

ARTÍCULO 3°.- Registro Nacional de Testamento Vital.

Crease el Registro Nacional de Testamento Vital en el ámbito del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas. El mismo tendrá la finalidad de registrar y custodiar los Testamentos Vitales.

ARTÍCULO 4°.- Capacidad para Otorgar la Declaración.

Puede manifestar su voluntad anticipada en el Testamento Vital toda persona mayor de edad, capaz y que actúe libremente.

ARTÍCULO 5°.- Contenido de la Declaración.

El Testamento Vital deberá expresar:

El derecho que tiene el testador, en el caso de encontrarse en situación crítica irrecuperable provocada por una enfermedad terminal, de que no se lo mantenga con vida por medio de tratamientos médicos que sean desproporcionados o extraordinarios y que impliquen la prolongación en forma abusiva e irracional del proceso de muerte.

ARTÍCULO 6°.- Limitaciones de la Declaración.

El Testamento Vital no podrá contener instrucciones que resulten contrarias al ordenamiento jurídico y además aquellas que dispongan restricciones al tratamiento necesario para aliviar el dolor, hidratarse y alimentarse, como así también todas aquellas acciones médicas que impliquen una eutanasia activa o pasiva.

ARTÍCULO 7°.- Requisitos

- 1) Solicitud personal por parte del interesado.
- 2) La presencia de la autoridad del registro civil que corresponda.

3) Designar un representante que actúe como intermediario ante el médico o institución sanitaria para que se respete la voluntad expresada en el Testamento Vital. El mismo deberá cumplir los mismos requisitos expresados en el Artículo 5° donde consta la capacidad para otorgar la declaración.

4) Dos testigos. Estos deberán cumplir los mismos requisitos expresados en el Artículo 5° donde consta la capacidad para otorgar la declaración y además no debe tener ningún grado de parentesco familiar o político, matrimonio o relación profesional ni patrimonial.

5) La firma del otorgante, el representante, los dos testigos y la autoridad del Reg. Civil.

ARTÍCULO 8°.- Revocatoria del Testamento Vital.

El Testamento Vital podrá ser revocado en cualquier momento con el único requisito de la solicitud personal del otorgante.

ARTÍCULO 9°.- Obligaciones del Médico.

La autoridad médica tiene la obligación de cerciorarse de la existencia de un Testamento Vital del paciente. La existencia del mismo obliga a las autoridades médicas a respetar la voluntad expresada en forma anticipada por el paciente. El no cumplimiento del mismo será considerado mala praxis.

ARTÍCULO 10°: La autoridad de aplicación de la presente ley será el Ministerio del Interior.

ARTÍCULO 11: El Poder Ejecutivo Nacional destinará las partidas presupuestarias del ejercicio fiscal del año 2010, para la puesta en marcha del presente Programa Nacional.

ARTÍCULO 12: Invítese a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir al presente cuerpo legal.

ARTÍCULO 13: El Poder Ejecutivo Nacional reglamentara la presente ley en un término de noventa (90) días a partir del momento de su sanción.

ARTÍCULO 14: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

César A. Gioja.-

FUNDAMENTOS

SEÑOR PRESIDENTE:

En el mundo y en Argentina se ha legislado y en otros casos se ha intentado legislar sin suerte, sobre la autonomía del ser humano durante todo el proceso vital como por ejemplo; la autonomía del adulto mayor, de las personas con capacidades especiales, sobre el paciente en general, etc.. En este caso estoy decidido a instalar un tema relacionado a la autonomía del paciente pero especialmente a sus últimas horas de vida, a uno de los momentos de mayor vulnerabilidad física, psicológica y social. Digo esto porque de darse este proceso en condiciones normales, son momentos en donde, por lo general el paciente terminal, se encuentra inconsciente en forma natural o inducida. Es acá donde toma un papel relevante la bioética. Pero antes de profundizar en el tema quiero hacer una breve reseña.

Los griegos diferenciaban claramente dos palabras: pathos y ethos. La palabra pathos tenía que ver con todo aquello que nos ha sido dado por la naturaleza, que hemos recibido pasivamente, sin que nosotros con nuestro esfuerzo hayamos contribuido activamente en su existencia. Por el contrario, la palabra ethos, de donde deriva la palabra ética, tenía que ver con la autonomía humana, es decir, con la capacidad que tiene el hombre de tomar decisiones personales a cerca de cómo vivir. Los seres humanos en un momento determinado de nuestra vida, comenzamos a hacernos cargo de nuestra vida, empezamos a buscar los medios materiales, espirituales y éticos que nos permitan conformar nuestra propia identidad, nuestra autonomía. Estos medios nos definirán en gran medida nuestro proyecto vital, que va a estar influenciado por tres cosas fundamentales:

- El momento histórico que nos toca vivir: el momento histórico siempre nos propone un sentido para nuestra vida. Por ejemplo; una vida devocional, una causa social, el trabajo, las propuestas cambian según las épocas.
- Nuestro tiempo de vida: este es un condicionante natural debido a que la vida humana se expresa en el mundo a través del cuerpo humano y este tiene un tiempo finito de duración. Es decir, lo que decidamos hacer con nuestra vida tiene un tiempo para ser hecho.
- Nuestros valores: son los que le dan sentido a nuestras experiencias y a nuestra vida.

De estas tres cosas nuestros valores es la materia prima en la cual nos podemos apoyar para formular nuestro proyecto vital. Podemos decir entonces, que cuando elegimos los valores que hemos decidido realizar estamos sentando las bases de nuestro proyecto de

vida, nuestro proyecto vital. Dando a conocer este, también damos a conocer quien queremos ser y cuando ponemos en marcha el mismo, este habla de la persona que realmente somos.

Este proyecto vital, nos acompaña durante toda la vida y no lo dejamos en la puerta cuando entramos a una fiesta ni mucho menos cuando entramos a un consultorio médico o a un hospital. En este último caso proyecto vital, valores, ética, medicina, etc., encuentran un lugar común en la bioética donde son tomados en cuenta. Respecto a esta disciplina, es muy importante tomar cabal conocimiento de los motivos por los que surgió y cuales fueron las reflexiones que dieron lugar a la misma.

Según José Carlos Bermejo y Rosa María Beida, el nacimiento de la Bioética, que tiene lugar en la segunda mitad del Siglo XX, se enmarca en un momento histórico caracterizado por el progreso científico y tecnológico en el terreno de la Biomedicina, pero también por grandes movimientos culturales, políticos y sociales. Así, la preocupación por la justicia y la igualdad, la lucha contra la discriminación racial, los movimientos pacifistas, y los movimientos de liberación de América Latina y de África, constituyen el ámbito sociopolítico y cultural en el que la bioética ve la luz. También en la Iglesia son años de profunda transformación, marcados por el Concilio Vaticano II y la crisis post-conciliar. No podemos olvidar que la reflexión de distintos teólogos ha influido en la bioética.

En relación con el contexto de los avances científicos en medicina, los abusos realizados en los campos de concentración nazi promueve el deseo de que tales situaciones no vuelvan a repetirse en la historia de la humanidad, lo que da lugar a la proclamación de normativas como el Código de Nuremberg (1946) y posteriormente, las Declaraciones de Helsinki (1964), y de Tokio (1975), en las que se recomienda la formación de Comités para evaluar los proyectos de investigación científica.

En los Estados Unidos, el estudio Tuskegee (1932-1972), que surgió para investigar la historia natural de la sífilis, y para ello se utilizó a 400 varones de raza negra. Dicho estudio supuso un engaño para los sometidos al mismo y lo peor es que les privó de la penicilina, descubierta en los años 40 a pesar de que se sabía que la sífilis iba a reducir su esperanza y calidad de vida. Este escándalo dio lugar a la aparición de una comisión de Bioética, con el fin de identificar principios éticos generales que sirvieran para orientar la investigación en seres humanos. De ahí surgió el Informe Belmont (1976),

que identificó principios fundamentales: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia que resultaron ser un buen instrumento para analizar la calidad ética de las decisiones sanitarias.

La Bioética nace en Estados Unidos y, por lo tanto, va a estar influenciada en sus comienzos por dos características propias de aquella sociedad:

a) La reivindicaciones sociales pone un particular énfasis en la autonomía y en los derechos de los individuos; por eso, los primeros años de la bioética están marcados por el principio del respeto a la autonomía del individuo.

b) La desconfianza en el estado y en las instituciones en general, que incluye el ámbito de la medicina, lo cual cuestiona la autoridad medica y aleja al medico de la cabecera del paciente para convertirlo en un técnico frío y despersonalizado.

Esta historia, con sus respectivas reflexiones, son las que definen y dan forma a la bioética, la cargan de significado. Por lo tanto Reich (1978) en su “Enciclopedia de Bioética” la define como “el estudio sistemático de las dimensiones morales (incluida la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas) de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodología éticas en un contexto interdisciplinario”. Por lo tanto, podemos decir en términos generales que la Bioética puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto que examina esta conducta a la luz de los valores y los principios morales.

Es decir, que como vimos anteriormente, tiene como objetivo fundamental la autonomía del individuo, tomando a esta como una serie de capacidades que le permiten llevar adelante su proyecto vital o de vida. Estas capacidades son:

a) capacidad de comprender la información relevante.

b) capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información que se le transmite y de su escala de valores.

c) capacidad de actuar independientemente de las influencias externas (libertad).

d) capacidad de actuar intencionalmente.

e) capacidad para comunicar la decisión que haya tomado.

f) capacidad para comprender las consecuencias de cada decisión.

g) ser agente; es decir tener la capacidad de actuar intencionalmente

Este principio nos obliga a respetar la libertad y los valores de la persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad física, psicológica, social o espiritual y en consecuencia a no imponer las propias decisiones, a respetar el derecho de las personas a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en los valores como en las creencias personales.

Este concepto general, llevado al ámbito de la medicina se transforma y da lugar a la autonomía del paciente, tomando a la misma, como la capacidad que tiene el paciente de decidir en el contexto de su relación con el médico. En la misma el enfermo no es un simple objeto de la manipulación por parte del médico, sino parte constitutiva de una relación terapéutica en la que debe participar como persona y sujeto moral. Cuando entran en colisión la autonomía del paciente con la obligación de no dañar del profesional, resulta útil la deliberación, teniendo como referencia el principio de beneficencia. Pero esta deliberación es imposible en algunos casos como por ejemplo, cuando un paciente es un recién nacido o en el caso de ser un adulto con deficiencias mentales severas, o como es en el caso de lo que me quiero ocupar son pacientes terminales producto de una larga enfermedad como puede ser el cáncer, el SIDA, Alzheimer, etc.. O de enfermedades no detectadas a tiempo cuyo desenlace se produce en forma inesperada como por ejemplo; infartos de corazón o cerebrales, aneurismas, etc., o situaciones inesperadas en el quirófano producto de una operación de rutina que se complica o accidentes automovilísticos o caseros o de otro tipo, etc. Estos son algunos de los problemas más comunes por los que transita una persona antes de ingresar a un período de incapacidad mental irreversible que pueda durar días, meses o años antes de que se produzca la muerte. En estos casos es muy difícil aplicar el principio de autonomía del paciente porque no conocemos su opinión, ni podemos deducirla producto que no conocemos su condición moral, escala de valores, proyecto vital o cualquier otro elemento que nos permita deducir cuál sería su voluntad si se encontrara consciente. En estos períodos médicos y familiares toman decisiones en nombre del paciente que afectan la calidad de vida del mismo y llegan hasta truncar el proyecto vital del mismo. Entonces, si somos conscientes de que debemos respetar y custodiar la autonomía del paciente, entonces debemos buscar la forma de prolongarla cuando el sujeto, por su enfermedad, no este en condiciones para ejercerlas por sí mismo.

Es aquí donde juega un papel decisivo el testamento vital. Este es un documento, en el cual una persona mayor de edad, en pleno uso de sus capacidades, se dirige al médico responsable, para darle a conocer que en caso de encontrarse en la situación de paciente con una enfermedad terminal irreversible, los tratamientos a aplicar en el final de la vida en el caso de encontrarse inconsciente deben considerar entre otras cosas; limitación del esfuerzo terapéutico (porque el mismo puede desembocar en situaciones conocidas como ensañamiento terapéutico o furor terapéutico) que consiste en evitar toda práctica que prolongue su vida en forma artificial por medio de procedimientos médicos invasivos que terminan siendo medios desproporcionados para lograr solamente prolongar la agonía, en razón de que afectarían su dignidad. Además considerar todas las medidas paliativas con miras a evitarle el padecimiento y evitar sufrimientos siempre y cuando los mismos no impliquen prácticas eutanásicas activas y sobre las disposiciones a llevar después de la muerte. El objetivo es que las personas que le estén cuidando puedan saber cuál era su voluntad expresada cuando tenía capacidad para tomar decisiones. Es una prolongación de la autonomía moral de los pacientes a la toma de decisiones clínicas. Para ser más claro respecto a lo que pretendo, quiero transcribir textualmente el modelo de testamento vital de la Conferencia Episcopal Española, que expresa el espíritu de este proyecto de ley:

“A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento. Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrenal, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe (nombre y apellido del testador) pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte.

Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración’.

Este testamento vital está en un todo de acuerdo con lo expresado por su Santidad Juan Pablo II en su discurso ante la Organización Mundial de Gastroenterología, donde se opone al ensañamiento terapéutico diciendo: “Un exasperado ensañamiento terapéutico, incluso con las mejores intenciones, además de ser inútil, no respetaría en definitiva plenamente al enfermo, que ha llegado ya a un estado terminal” y en otra parte de su alocución dijo “hay que acercarse al paciente con un sano realismo que impida dar a la persona que sufre la ilusión de la omnipotencia de la medicina” y aconsejo “hay límites que no es humanamente posible superar; en esos casos es necesario saber aceptar con serenidad la propia condición humana, que el creyente sabe leer a la luz de la divina providencia”.

También hace referencia a este 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”.

El tema ha sido abordado desde diversas perspectivas, filosófica, bioética, espiritual; también ha sido planteado por la doctrina constitucional, procesal y civilística. Si nos remitimos al Derecho Comparado algunos de los países en donde se ha legislado en esta materia son: Estados Unidos, España, Suiza. En Estados Unidos ante la disparidad legislativa de cada Estado de la Unión, fue necesaria una ley federal aplicable a todos los Estados, así es como se llegó a la Patient Self Determination Act (PSDA) de 1991. En el caso de España casi todas las Comunidades Autónomas tienen legislación: Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla

León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y en el mes de junio de 2009 el Gobierno de Andalucía aprobó una ley sobre muerte digna sin contemplar la eutanasia. En cuanto a Suiza el Cantón de Ginebra mediante su legislación de 1996 obliga a los médicos a reconocer las directivas anticipadas de sus pacientes.

En nuestro ordenamiento jurídico, la regla de la libertad general del individuo está plenamente consagrada, en la Constitución Nacional que en el Preámbulo propone “...asegurar los beneficios de la libertad...”, y en el Artículo 19 dice textualmente: “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”. También en el Artículo 75 inc. 22 que le da jerarquía constitucional a los Tratados Internacionales, los que nos interesan para el tema abordado son: Convención Americana de Derechos Humanos, Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

El Código Civil en su Artículo 53 dispone, con referencia a las personas de existencia visible, que: “Les son permitidos todos los actos que no les fueren expresamente prohibidos, independientemente de su calidad de ciudadanos y de su capacidad política”.

El principio de autonomía nos obliga a respetar la libertad y los valores de la persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad física, psicológica, social o espiritual.

Por todas las razones expuestas, solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto de ley.

César A. Gioja

(19 de Mayo del 2010)

6.2.7 ANEXO VII: *Ley Provincial B N°*

*4264: “Derechos de los enfermos
terminales. Derecho a la dignidad y respeto
a la calidad de vida”.*

Ley Provincial B N° 4264

Derechos de los enfermos terminales. Derecho a la dignidad y respeto a la calidad de vida

Carácter: Permanente

Sancionada el 29/11/2007 Promulgada el 19/12/2007 Por Decr.Nº: 341

Publicado en el B.O.Prov. el 03/01/2008 B.O Nº: 4582 Pag.: 31

Artículo 1º - La presente Ley tiene por objeto el respeto a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales.

Artículo 2º - Toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación, informada 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 –ya sea al ingresar al establecimiento asistencial o durante la etapa de tratamiento- 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.

Asimismo es válida la manifestación de voluntad de toda persona capaz, realizada en instrumento público y por ante un escribano de registro en la que manifieste 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, en caso de que en un futuro le acontecieran los supuestos descriptos ut supra.

Artículo 3º - La información a que se refiere el artículo 2º, primer párrafo, es brindada por el profesional o equipo médico interviniente, con el aporte interdisciplinario que fuere necesario, en términos claros, adecuados a la edad, nivel de comprensión, estado

psíquico y personalidad del paciente y personas a que se refiere el artículo 4º, a efectos de que al prestar su consentimiento lo hagan debidamente informados. En todos los casos debe dejarse constancia de la información por escrito en un acta que debe ser firmada por todos los intervinientes del acto.

Artículo 4º - Cuando se tratare de una persona incapaz que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación; o de una persona que no esté consciente o en pleno uso de sus facultades mentales por causa de la enfermedad que padezca o del accidente que haya sufrido, la información a que se refieren los artículos 2º y 3º es brindada al representante legal o al cónyuge, descendiente, ascendiente, o a los parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido de la persona incapaz, o que no se encuentre consciente o en pleno uso de sus facultades mentales.

En el caso de persona incapaz, interviene el Asesor de Menores e Incapaces en virtud de la representación promiscua que determina el artículo 59 del Código Civil.

Artículo 5º - La manifestación de voluntad, la cual es instrumentada en un acta, debe reunir los siguientes requisitos:

- 1) Se materializará en una declaración por escrito.
- 2) Es firmada por el interesado previa información a la que se refiere el artículo 3º, ante el profesional o equipo médico interviniente y dos testigos que no sean parientes del paciente, o beneficiarios testamentarios o beneficiarios de un seguro de vida del mismo.
- 3) Se incorporará dicho documento a la historia clínica del paciente.
- 4) Cuando exista imposibilidad física del paciente para firmar la manifestación de voluntad, ésta podrá ser firmada a ruego, cumplimentados los requisitos enumerados en los incisos 1), 2) y 3) de este artículo.
- 5) Cuando se tratare de una persona incapaz que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación; o de una persona que no esté consciente o en pleno uso de sus facultades mentales por causa de la

enfermedad que padezca o del accidente que haya sufrido, la manifestación de voluntad referida en el primer párrafo del artículo segundo es firmada por la/s personas a las que se refiere el artículo 4º de la presente Ley. En el caso de que en virtud del artículo 4º, párrafo último de esta Ley, se deba dar intervención al Asesor de Menores e Incapaces, se debe dejar constancia de tal intervención en el acta respectiva.

Artículo 6º - En aquellos casos en que se asista a pacientes en estado crítico, es decir cuando exista o pueda razonablemente existir una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas que puedan comprometer la supervivencia y la muerte sea un evento posible y próximo, y cuando dichos pacientes no puedan manifestar su voluntad y no lo hayan hecho con anterioridad, el equipo médico, previa intervención del comité de bioética institucional, planteará al cónyuge, descendiente, ascendiente, o a los parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido o al representante legal de la persona incapaz, la abstención o el retiro del soporte vital en las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada o existan eventos que permitieren presumir que tampoco se obtendrá en el futuro.
- 2) Cuando sólo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconsciencia permanente e irreversible.
- 3) Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.

Artículo 7º - La declaración de voluntad es revocable solamente por quien la manifestó, no pudiendo ser desconocida o revocada por representantes, familiares, personal sanitario, ni autoridad o persona alguna.

Artículo 8º - 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.

Artículo 9º - El cónyuge, descendiente, ascendiente, o los parientes consanguíneos hasta el segundo grado incluido, el representante legal del paciente, tienen derecho a inter-consultar a un profesional que no pertenezca al equipo médico interviniente. Este último debe evaluar al paciente junto al profesional o equipo médico tratante, si existiera diferencia de criterios se continuará con la ejecución de las medidas de soporte vital, hasta tanto se cuente con la recomendación del comité de bioética institucional más cercano al establecimiento. En caso de que exista acuerdo entre el profesional consultado y el profesional o equipo médico tratante, se realizará la correspondiente abstención o retiro del soporte vital, conforme a los recaudos de la presente Ley.

Artículo 10 - Todos los establecimientos asistenciales-sanitarios, públicos o privados, deben contar con servicios que permitan la efectiva aplicación de programas de cuidados paliativos, conforme los estándares que exijan las normas de la especialidad. Se implementarán al mismo tiempo programas de atención domiciliaria y centros de atención extra-hospitalarios para la adecuada implementación de dichos programas.

Artículo 11 - 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.

Artículo 12 - El médico del sistema de salud, que manifieste objeción de conciencia fundada en razones éticas con respecto a la práctica médica enunciada en la presente Ley, puede optar por no participar en la misma, ante lo cual el establecimiento del sistema de salud debe suministrar de inmediato la atención de otro profesional de la salud que esté dispuesto a llevar a cabo el procedimiento de información y provisión previsto en la presente.

Independientemente de la existencia de médicos que sean objetores de conciencia, el establecimiento asistencial público o privado, debe contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos

que esta Ley confiere.

Los reemplazos o sustituciones que sean necesarios para obtener dicho fin son realizados en forma inmediata y con carácter de urgente por las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda y, en su defecto, por el Ministerio de Salud.

La objeción de conciencia debe ser declarada por el médico al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento asistencial público o privado y debe existir un registro en la institución de dicha declaración.

Artículo 13.- Comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.

6.2.8 ANEXO VIII: *Informe Belmont.*

EL INFORME BELMONT¹⁹

PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DEL COMPORTAMIENTO.

U.S.A., Abril 18 de 1979.

Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación.

La investigación científica ha dado como resultado beneficios substanciales. También ha planteado desconcertantes problemas éticos. La denuncia de abusos cometidos contra sujetos humanos en experimentos biomédicos, especialmente durante la segunda guerra mundial, atrajo al interés público hacia estas cuestiones. Durante los procesos de Nuremberg contra los crímenes de guerra, se esbozó el código de Nuremberg como un conjunto de criterios para juzgar a médicos y a científicos que llevaron a cabo experimentos biomédicos en prisioneros en campos de concentración. Este código se convirtió en el prototipo de muchos códigos posteriores²⁰ para asegurar que la investigación con sujetos humanos se lleve a cabo de modo ético.

Los códigos consisten en reglas, algunas generales, otras específicas, que guían en su trabajo a investigadores o a evaluadores de la investigación. Estas reglas son con frecuencia inadecuadas, para que sean aplicadas en situaciones complejas; a veces están

¹⁹ El Informe Belmont es un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Es un importante documento histórico en el campo de la ética médica. El reporte fue creado el 18 de abril de 1979, y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont (California, Estados Unidos), donde el documento fue elaborado.

²⁰ Desde que 1945, distintas organizaciones han elaborado códigos conducta reguladores de las pautas apropiadas para la experimentación humana en la investigación médica. Los más conocidos son el Código de Nuremberg de 1947, la Declaración de Helsinki de 1964 (revisada varias veces), y las 1971 Pautas (codificada en Regulaciones Federales en 1974) publicada por el Departamento de Sanidad y Educación de los Estados Unidos. También se han adoptado códigos de conducta en investigación social conductual de los cuales el más conocido es que de la Asociación Psicológica Americana, publicado en 1973.

en mutuo conflicto y son, con frecuencia, difíciles de interpretar y aplicar. Unos principios éticos más amplios deberían proveer las bases sobre las cuales algunas reglas específicas podrían ser formuladas, criticadas e interpretadas.

Tres principios, o normas generales prescriptivas, relevantes en la investigación en la que se emplean sujetos humanos son identificados en esta declaración. Otros principios pueden ser también relevantes. Sin embargo, estos tres son comprensivos y están formulados en un nivel de generalización que debería ayudar a los científicos, a los críticos y a los ciudadanos interesados en comprender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos. Estos principios no siempre pueden ser aplicados de tal manera que resuelvan sin lugar a dudas un problema ético particular. Su objetivo es proveer un marco analítico para resolver problemas éticos que se originen en la investigación con sujetos humanos.

Esta declaración contiene una distinción entre investigación y práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos, y observaciones sobre la aplicación de estos principios.

A. Límites entre práctica e investigación.

Es importante distinguir de una parte la investigación biomédica y de conducta y de otra la aplicación de una terapia aceptada, a fin de averiguar qué actividades deberían ser revisadas a fin de proteger a los sujetos de investigación. La distinción entre investigación y práctica es borrosa en parte porque con frecuencia se dan simultáneamente (como en la investigación diseñada para la valoración de una terapia) y en parte porque notables desviaciones de la práctica comúnmente aceptada reciben con frecuencia el nombre de "experimentales" cuando los términos "experimental" e "investigación" no son definidos cuidadosamente.

En la mayoría de casos, el término "práctica" se refiere a intervenciones cuyo fin es acrecentar el bienestar de un paciente individual o de un cliente, y hay motivos

razonables para esperar un éxito. El fin de la práctica médica es ofrecer un diagnóstico, un tratamiento preventivo o una terapia a individuos concretos²¹.

Como contraste, el término "investigación" denota una actividad designada a comprobar una hipótesis, que permite sacar conclusiones, y como consecuencia contribuya a obtener un conocimiento generalizable (expresado, por ejemplo, en teorías, principios, y declaraciones de relaciones). La investigación se describe generalmente en un protocolo formal que presenta un objetivo y un conjunto de procedimientos diseñados para alcanzar este objetivo.

Cuando un clínico se aparta de manera significativa de una práctica normalmente aceptada, la innovación no constituye, en sí misma o por sí misma, una investigación. El hecho de que una forma de proceder sea "experimental", en un sentido nuevo, no comprobado, o diferente, no lo incluye automáticamente en la categoría de investigación. Modos de proceder radicalmente nuevos deberían ser objeto de una investigación formal lo antes posible para cerciorarse si son seguros y eficaces. Así pues, los comités de práctica médica tienen la responsabilidad de insistir en que una innovación de importancia sea incorporada en un proyecto formal de investigación²².

La investigación y la práctica pueden ser llevadas a cabo conjuntamente cuando la investigación va encaminada a la valoración de la seguridad y eficacia de un tratamiento. Esto no debería confundirse con la necesidad de revisión que una actividad pueda o no tener; la regla general es que en cualquier actividad donde haya un elemento

²¹ Aunque la práctica (médica) generalmente supone intervenciones cuyo fin es sólo acrecentar el bienestar de un individuo en particular, en algunas ocasiones estas intervenciones se aplican a un individuo con el fin de acrecentar el bienestar de otro (p.e. transfusión de sangre, injertos de piel o trasplante de órganos) o, en otros casos, una intervención tiene el doble fin de ampliar el bienestar de un individuo en particular, y al mismo tiempo, beneficiar a otros (p.e., la vacuna que protege al que la recibe y a la sociedad en general). El hecho de que algunas formas de práctica además de favorecer inmediatamente al individuo que se somete a la intervención contenga otros elementos no debería crear confusión en la distinción entre investigación y práctica. Incluso cuando una forma de proceder que se aplica en la práctica puede producir un beneficio a un tercero, sigue siendo una intervención cuyo fin es acrecentar el bienestar de un individuo en particular o a grupos de individuos; por consiguiente se trata de práctica y no hay necesidad de someterla a una revisión como si se tratara de una investigación.

²² Debido a que los problemas relacionados a la experimentación social pueden diferir sustancialmente de los de la investigación biomédica y conductual, la Comisión específicamente declina, por el momento, elaborar orientaciones con respecto a tales investigaciones. La Comisión considera que el problema debe ser redirigido a otras organizaciones que se ocupen del tema.

de investigación, esta actividad debería someterse a revisión para la protección de los sujetos humanos.

B. Principios éticos básicos.

La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

1. Respeto a las personas

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida.

Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás. Mostrar falta de respeto a un agente autónomo es repudiar los criterios de aquella persona, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados, o privarle de la información que se requiere para formar un juicio meditado, cuando no hay razones que obliguen a obrar de este modo.

Sin embargo, no todo ser humano es capaz de autodeterminación. El poder de autodeterminación madura a la largo de la vida del individuo, y algunos de estos pierden este poder completamente o en parte, a causa de enfermedad, de disminución mental, o de circunstancias que restringen severamente su libertad. El respeto por los que no han llegado a la madurez y por los incapacitados puede requerir que se les proteja hasta su madurez o mientras dure la incapacidad.

Algunas personas necesitan protección extensiva, hasta tal punto, que es necesario excluirles del ejercicio de actividades que pueden serles perjudiciales; otras personas necesitarán protección en menor grado, no más allá de asegurarse de que pueden ejercer actividades con libertad y de que pueden darse cuenta de sus posibles consecuencias adversas. El grado de protección que se les ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir daño y de la probabilidad de obtener un beneficio. El juicio con el que se decide si un individuo carece de autonomía debería ser reevaluado periódicamente y variará según la diversidad de las situaciones.

En la mayoría de las investigaciones en los que se emplean sujetos humanos, el respeto a las personas exige que los sujetos entren en la investigación voluntariamente y con la información adecuada. Sin embargo, en algunos casos, la aplicación del principio no es obvia. El uso de prisioneros como sujetos de investigación nos ofrece un ejemplo instructivo. De una parte, parecería que el principio de respeto a las personas requiere que no se excluya a los prisioneros de la oportunidad de ofrecerse para la investigación. Por otra parte, bajo las condiciones de vida en la cárcel, pueden ser obligados o ser influenciados de manera sutil, a tomar parte en actividades, a las que, en otras circunstancias, no se prestarían de manera voluntaria. El respeto a las personas exigiría que se protegiera a los prisioneros. El dilema que se presenta es o permitir a los prisioneros que se presenten "voluntariamente" o "protegerles". Respetar a las personas, en los casos más difíciles, consiste con frecuencia en poner en la balanza demandas opuestas, urgidas por el mismo principio de respeto.

2. *Beneficencia*

Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término “beneficencia” se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y (2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

La máxima hipocrática “no causar ningún daño” ha sido durante mucho tiempo un principio fundamental de la ética médica. Claude Bernard la aplicó al campo de la investigación, diciendo que no se puede lesionar a una persona a costa del beneficio que se podría obtener para otros. Sin embargo, incluso evitar daño requiere aprender lo que es perjudicial; y en el proceso para la obtención de esta información, algunas personas pueden estar expuestas al riesgo de sufrirlo. Más aún, el juramento hipocrático exige de médicos que busquen el beneficio de sus pacientes “según su mejor juicio”. Aprender lo que producirá un beneficio puede de hecho requerir exponer personas a algún riesgo. El problema planteado por estos imperativos es decidir cuándo buscar ciertos beneficios puede estar justificado, a pesar de los riesgos que pueda conllevar, y cuándo los beneficios deben ser abandonados debido a los riesgos que conllevan.

Las obligaciones del principio de beneficencia afectan a los investigadores individuales y a la sociedad en general, pues se extienden a los proyectos determinados de investigación y a todo el campo de investigación en su conjunto.

En el caso de proyectos particulares, los investigadores y los miembros de la institución tienen obligación de poner los medios que permitan la obtención del máximo beneficio y el mínimo riesgo que puedan ocurrir como resultado del estudio e investigación. En el caso de investigación científica en general, los miembros de la sociedad tienen la obligación de reconocer los beneficios que se seguirán a largo plazo, y los riesgos que

pueden ser el resultado de la adquisición de un mayor conocimiento y del desarrollo de nuevas formas de proceder en medicina, psicoterapia y ciencias sociales.

El principio de beneficencia con frecuencia juega un papel bien definido y justificado en muchas de las áreas de investigación con seres humanos. Tenemos un ejemplo en la investigación infantil. Maneras efectivas de tratar las enfermedades de la infancia y el favorecimiento de un desarrollo saludable son beneficios que sirven para justificar la investigación realizada con niños –incluso cuando los propios sujetos de la investigación no sean los beneficiarios directos. La investigación también ofrece la posibilidad de evitar el daño que puede seguirse de la aplicación de prácticas rutinarias previamente aceptadas cuando nuevas investigaciones hayan demostrado que son peligrosas. Pero el papel del principio de beneficencia no es siempre tan claro. Queda todavía un problema ético difícil, por ejemplo, en el caso de una investigación que presenta más que un riesgo mínimo sin una perspectiva inmediata de beneficio directo para los niños que participan en la misma. Algunos han argüido que tal investigación es inadmisibles, mientras otros han señalado que esta limitación descartaría mucha experimentación, que promete grandes beneficios para los niños en el futuro. Aquí, de nuevo, como en todos los casos difíciles, las distintas demandas que exige el principio de beneficencia pueden entrar en conflicto y exigir opciones difíciles.

3. Justicia

¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual?

¿Qué motivos pueden justificar el desvío en la distribución por igual? Casi todos los comentaristas están de acuerdo en que la distribución basada en experiencia, edad, necesidad, competencia, mérito y posición constituye a veces criterios que justifican las

diferencias en el trato por ciertos fines. Es, pues, necesario, explicar bajo qué consideraciones la gente debería ser tratada con igualdad. Existen varias formulaciones ampliamente aceptadas sobre la justa distribución de cargas y beneficios. Cada una de ellas menciona una cualidad importante que establece la base para la distribución de cargas y beneficios. Estas formulaciones son: (1) a cada persona una parte igual, (2) a cada persona según su necesidad individual, (3) a cada persona según su propio esfuerzo, (4) a cada persona según su contribución a la sociedad, y (5) a cada persona según su mérito.

Las cuestiones de justicia se han relacionado durante mucho tiempo con prácticas sociales como el castigo, contribución fiscal y representación política. Ninguna de estas cuestiones ha sido generalmente relacionada con la investigación científica, hasta este momento. Sin embargo, ya fueron presagiadas en las reflexiones más primitivas sobre la ética de la investigación con sujetos humanos: Por ejemplo, en el siglo XIX y a comienzos del siglo XX, generalmente eran los enfermos pobres quienes cargaban con los agobios propios del sujeto de experimentación, mientras los beneficios derivados del progreso del cuidado médico se dirigían de manera especial a los pacientes de clínicas privadas. Posteriormente, la explotación de prisioneros como sujetos de experimentación en los campos de concentración nazis, fue condenada como caso especial de flagrante injusticia. En este país (USA), en los años cuarenta, el estudio de la sífilis de Tuskegee utilizó negros de áreas rurales en situación desventajosa para estudiar el curso que seguía aquella enfermedad al abandonar el tratamiento, una enfermedad que no era sólo propia de aquella población. A estos sujetos se les privó de todo tratamiento ya demostrado efectivo a fin de que el proyecto no sufriera interrupción, y esto mucho tiempo después de que el uso de este tratamiento fuese una práctica generalizada.

Confrontados con este marco histórico, se puede apreciar cómo las nociones de justicia tienen importancia en la investigación con sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación necesita ser examinada a fin de determinar si algunas clases (p.e., pacientes de la seguridad social, grupos raciales particulares y minorías étnicas o personas aisladas en instituciones) se seleccionan de manera sistemática por la sencilla

razón de que son fácilmente asequibles, su posición es comprometida, o pueden ser manipulados, más que por razones directamente relacionadas con el problema que se estudia. Finalmente, cuando una investigación subvencionada con fondos públicos conduce al descubrimiento de mecanismos y modos de proceder de tipo terapéutico, la justicia exige que estos no sean ventajosos sólo para los que pueden pagar por ellos y que tal investigación no debería indebidamente usar personas que pertenecen a grupos que muy probablemente no se contarán entre los beneficiarios de las subsiguientes aplicaciones de la investigación.

C. Aplicaciones.

Las aplicaciones de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.

1. Consentimiento informado.

El respeto por las personas exige que a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado pero persiste una polémica sobre su naturaleza y posibilidad; no obstante, hay acuerdo amplio en que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

Información.

La mayoría de los códigos de investigación establecen ítems específicos que deben revelarse con el fin de estar seguros de que los sujetos reciben información suficiente. Estos ítems generalmente incluyen: el procedimiento de investigación, los propósitos, riesgos y beneficios que se prevén; procedimientos alternos (si se trata de una terapia) y una declaración que ofrece al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y de retirarse de

la investigación en cualquier momento. Se han propuesto ítems adicionales incluyendo cómo se seleccionan los sujetos, quién es la persona responsable de la investigación, etc. Sin embargo un simple listado de puntos no responde a la pregunta de cuál debiera ser el estándar al que se alude frecuentemente en la práctica médica, y que es la información que comúnmente dan los médicos a sus pacientes, es inadecuado ya que la investigación tiene lugar actualmente popular en las leyes de mala práctica, exige que el médico revele la información que las personas razonables desearían conocer con el fin de tomar una decisión acerca de su manejo. Este, también, parece insuficiente puesto que el sujeto de investigación, siendo en esencia un voluntario, puede desear saber, acerca de los riesgos que gratuitamente asume, considerablemente más que los pacientes que se entregan en manos del médico para el cuidado que necesitan. Tal vez se debiera proponer un estándar del “voluntario razonable”: el alcance y la naturaleza de la información debieran ser tales que las personas, a sabiendas de que el procedimiento no es necesario para su cuidado ni, quizás, está completamente entendido, puedan decidir si desean participar en la ampliación del conocimiento. Aún cuando se anticipe algún beneficio directo para ellos, los sujetos deberían entender claramente el rango de riesgos y la naturaleza voluntaria de la participación.

Un problema especial de consentimiento surge cuando el informar a los sujetos de algún aspecto pertinente de la investigación puede llegar a comprometer la validez de ésta. En muchos casos es suficiente indicar a los sujetos que se les está invitando a participar en una investigación, algunos de cuyos detalles no serán revelados hasta que sea concluida. Los casos de investigación con información incompleta sólo están justificados si queda claro que: 1) la información incompleta es verdaderamente necesaria para lograr las metas de la investigación; 2) no se deja de revelar a los sujetos los riesgos que sobrepasen el mínimo; 3) hay un plan adecuado para informar a los sujetos, cuando sea apropiado, y para informarles los resultados de la investigación. Nunca debe reservarse información acerca de los riesgos con el propósito de obtener la cooperación de los sujetos y siempre deben darse respuestas veraces a las preguntas directas acerca de la investigación. Hay que ser cuidadosos en distinguir los casos en que la revelación destruiría o invalidaría la investigación de aquellos en que, simplemente, sería un inconveniente para el investigador.

Comprensión.

La forma y el contexto en que se transmita la información son tan importantes como ésta. Por ejemplo: presentarla en forma rápida y desorganizada dando poco tiempo para reflexionar o menoscabando la oportunidades de interrogar, puede afectar adversamente la capacidad del sujeto para hacer una escogencia informada.

Dado que la capacidad para entender es función de la inteligencia, la racionalidad, la madurez y el lenguaje, es necesario adaptar la presentación de la información a las capacidades del sujeto. Los investigadores son responsables de averiguar si el sujeto ha captado la información. Siempre hay obligación de asegurarse de que la información que se da a los sujetos está completa y es comprendida adecuadamente; tal obligación aumenta cuando los riesgos son serios. En ocasiones puede ser apropiado evaluar la comprensión por medio de algunas pruebas orales o escritas.

Si la comprensión está severamente limitada como ocurre en casos de inmadurez o incapacidades mentales, puede ser necesario tomar alguna disposición especial; cada clase de sujetos que uno pudiera considerar incompetentes (ejemplos: infantes, niños pequeños, pacientes mentalmente incapacitados o terminalmente enfermos o comatosos) debe manejarse según sus propias circunstancias. Sin embargo, aún para tales personas el respeto exige que se les brinde la oportunidad de elegir, hasta el punto que sean capaces, si participan o no en la investigación. Las objeciones de estos sujetos a su participación deben ser respetadas a menos que la investigación entrañe el brindarles una terapia que de otra forma no está disponible. El respeto por las personas también requiere que se busque el permiso de terceros para proteger a los sujetos del daño. Tales personas son por lo tanto respetadas reconociendo sus propios deseos y por el uso de terceros; en ambos casos se busca proteger del daño.

Los terceros escogidos debieran ser quienes más probablemente entienden la situación del sujeto incompetente y actúan en beneficio de éste. A la persona autorizada para actuar en nombre del sujeto debe dársele la oportunidad de observar cómo se lleva a cabo la investigación con el fin de que pueda retirar al sujeto si considera que ello va en bien de éste.

Voluntariedad.

El consentimiento de participar en la investigación es válido sólo si es dado voluntariamente. Este elemento del consentimiento informado requiere condiciones libres de coerción o influencia indebida. Ocurre coerción cuando una persona hace a otra, intencionalmente, para obtener consentimiento, una amenaza abierta de daño; en contraste se configura la influencia indebida a través de la oferta de una recompensa excesiva, injustificada, inapropiada o incorrecta; también puede llegar a ser influencia indebida alguna forma de inducción, ordinariamente aceptable, que se haga a una persona especialmente vulnerable.

Las presiones injustificadas usualmente ocurren cuando personas que tiene posiciones de autoridad o gran influencia urgen al sujeto a que acepte cierto curso de acción y, especialmente, cuando hay de por medio posibles sanciones. Existe, sin embargo, un espectro ininterrumpido de tales modos de influir y es imposible afirmar con precisión dónde termina la persuasión justificable y empieza la influencia indebida; pero está última incluiría acciones como manipular la elección de una persona a través de la influencia controladora de un pariente próximo y amenazar con suspender los servicios de salud a los cuales el individuo tendría derecho.

2. Valoración de riesgos y beneficios.

Esta valoración requiere organizar con cuidado los datos importantes incluyendo, en algunos casos, maneras alternas de obtener los beneficios que se persiguen con la investigación. La valoración representa pues una oportunidad y una responsabilidad para coleccionar información sistemática y completa acerca de la investigación propuesta. Para el investigador significa examinar si el proyecto está bien diseñado; para un comité de revisión es un método para determinar si los riesgos a que estarán sometidos los sujetos están justificados; para los futuros sujetos la valoración ayudará a determinar si participan o no.

Naturaleza y alcance de los riesgos y beneficios.

La exigencia de que la investigación esté justificada sobre la base de una valoración favorable de riesgos y beneficios guarda una relación estrecha con el principio de beneficencia, del mismo modo que el requisito moral de obtener consentimiento informado se deriva primariamente del principio de respeto por las personas.

El término “riesgo” se refiere a la posibilidad de que ocurra daño. Sin embargo cuando se usan expresiones como “riesgo pequeño” o “riesgo alto” usualmente se refieren (a menudo ambiguamente) tanto la probabilidad de sufrir daño como a la severidad (magnitud) del daño previsto.

El término “beneficio” se usa en el contexto de la investigación para referirse a algo de valor positivo relacionado con la salud o el bienestar. A diferencia de “riesgo” “beneficio” no es un término que exprese probabilidades. Riesgo se contrasta apropiadamente con la probabilidad de beneficios y éstos se contrastan apropiadamente con daños más bien que con los riesgos de daños. De acuerdo a ello las llamadas valoraciones de riesgo y beneficio se preocupan de las posibilidades y magnitudes de los posibles daños y de los beneficios. Hay, por ejemplo, riesgos de daño psicológico, físico, legal, social y económico y los correspondientes beneficios. Aunque los tipos más probables de daño para el sujeto de investigación son los físicos y psicológicos no pueden perderse de vista las otras probabilidades.

Los riesgos y los beneficios de la investigación pueden afectar a los sujetos individuales, a sus familias, y a la sociedad en general (o a grupos especiales de tal sociedad). Los códigos anteriores y las regulaciones federales (de los EE.UU.) han exigido que los riesgos para los sujetos sean sobrepasados por la suma de los beneficios que se anticipan para el sujeto, si los hay, y el beneficio que se anticipa para la sociedad bajo la forma del conocimiento que se obtendrá con la investigación. Al pesar estos diferentes elementos los riesgos y beneficios que afectan al sujeto inmediato de la investigación normalmente tendrán peso especial; por otra parte intereses distintos de los del sujeto pueden en ocasiones ser suficientes en sí mismos para justificar los riesgos de la investigación desde que hayan sido protegidos los derechos del sujeto. La

beneficencia exige entonces que protejamos a los sujetos contra el riesgo de daño y también que nos preocupemos acerca de la pérdida de los beneficios sustanciales que podrían ganarse con la investigación.

Valoración sistemática de riesgos y beneficios.

Comúnmente se dice que los beneficios y los riesgos deben estar “equilibrados” y que se debe demostrar que están en una “proporción favorable”. El carácter metafórico de estos términos llama la atención hacia la dificultad de hacer juicios precisos. Sólo infrecuentemente se dispondrá de técnicas cuantitativas para escudriñar los protocolos de investigación; sin embargo, la idea de análisis sistemático y no arbitrario de los riesgos y los beneficios debe ser estimulada hasta donde sea posible; este ideal exige que quienes toman las decisiones sobre la justificación de una investigación sean cabales en el acopio y evaluación de la información acerca de todos los aspectos del proyecto y ponderen sistemáticamente las alternativas. Este procedimiento hace que la evaluación del proyecto sea más rigurosa y precisa y, también, que la comunicación entre los miembros del grupo revisor y los investigadores esté menos sujeta a mala interpretación, información equivocada y juicios en conflicto; entonces primero debiera haber una determinación de la validez de las suposiciones de la investigación; luego se debieran distinguir con la mayor claridad posible la naturaleza, probabilidad, y magnitud del riesgo; el método de valorar los riesgos debiera ser explícito especialmente cuando no hay alternativa al uso de categorías vagas como pequeño o leve. Debiera también determinarse si el estimativo de un investigador sobre la probabilidad de daño o beneficio es razonable, al juzgarlo por hechos conocidos u otros estudios disponibles.

Finalmente, la evaluación de si el proyecto de investigación se justifica debiera reflejar al menos las siguientes consideraciones: I) el tratamiento brutal o inhumano de los seres humanos nunca está moralmente justificado; II) Los riesgos deben reducirse a los necesarios para lograr el objetivo; debiera determinarse si, de hecho, es necesario recurrir a sujetos humanos. Quizás nunca pueda eliminarse el riesgo pero puede a menudo reducirse por atención cuidadosa a procedimientos alternos; III) cuando la investigación implica riesgo significativo de daño serio los comités de revisión debieran

ser extraordinariamente insistentes en la justificación del riesgo (estudiando usualmente la probabilidad de beneficio para el sujeto o, en algunos casos raros, la voluntad manifiesta de participación; IV) cuando en la investigación están implicadas personas vulnerables hay que demostrar por qué es apropiado incluirlas; diferentes variables participan en tales juicios, incluyendo la naturaleza y el grado del riesgo, las condiciones de la población concreta en cuestión y la naturaleza y nivel de los beneficios anticipados; V) los riesgos y beneficios relevantes deben ser cabalmente organizados en los documentos y procedimientos que se usan para el proceso del consentimiento informado.

3. Selección de los sujetos.

Del mismo modo que el principio del respeto por las personas se expresa en la exigencia del consentimiento y el principio de la beneficencia en la valoración de riesgos y beneficios, el principio de justicia da lugar a la exigencia moral de que hay procedimientos y resultados justos en la selección de los sujetos de investigación.

La justicia es relevante a dos niveles para la selección de los sujetos de investigación: el social y el individual. La justicia individual en la selección de los sujetos demanda que los investigadores sean equitativos, imparciales, o sea que no ofrezcan la investigación potencialmente benéfica sólo a algunos pacientes a los que favorecen ni se seleccionen sólo personas “indeseables” para investigaciones riesgosas. La justicia social exige que se haga una distinción entre las clases de sujetos que deben y que no deben participar en alguna clase en particular de investigación, basada sobre la capacidad de los miembros de esa clase para soportar las cargas y sobre lo apropiado de imponer cargas adicionales a personas ya abrumadas. Así, puede considerarse un asunto de justicia social que haya un orden de preferencia en la selección de clases de sujetos (por ejemplo los adultos antes que los niños) y que algunas clases de sujetos potenciales (por ejemplo los enfermos mentales institucionalizados o los prisioneros) puedan ser incluidos como sujetos de investigación, sí es que los son, sólo bajo ciertas condiciones.

La injusticia puede aparecer en la selección de los sujetos aún si los individuos son seleccionados y tratados justamente en el curso de la investigación. Así, la injusticia

surge de los sesgos sociales, raciales, sexuales y culturales institucionalizados en la sociedad; de modo que, aún si los investigadores están tratando justamente a sus sujetos a aún si los comités están preocupándose de asegurar que los sujetos son seleccionados con justicia en una institución en particular, los modelos sociales injustos pueden, no obstante, aparecer en la distribución global de las cargas y beneficios de la investigación. Aunque las instituciones o los investigadores individuales pueden no ser capaces de resolver un problema que es penetrante en su situación social, si pueden considerar la justicia distributiva al seleccionar sus sujetos de investigación.

Algunas poblaciones, especialmente las institucionalizadas, ya están agobiadas en muchas formas por sus enfermedades y ambientes. Cuando se propone investigación que implica riesgos y no incluye un componente terapéutico, debiera recurrirse primero a otras clases de personas menos agobiadas para que acepten los riesgos de la investigación, excepto cuando ésta se relaciona directamente con las condiciones específicas de la clase implicada. En igual forma, parece injusto que las poblaciones que dependen de cuidados públicos de salud constituyan un reservorio de sujetos predilectos de investigación, aún cuando los fondos públicos para la investigación pueden a menudo fluir en la misma dirección que los fondos públicos para el cuidado de la salud, si poblaciones más aventajadas tienen la probabilidad de ser las que reciben los beneficios.

Un ejemplo especial de injusticia resulta del compromiso de sujetos vulnerables. Ciertos grupos, como las minorías raciales, los económicamente débiles, los muy enfermos y los institucionalizados pueden ser buscados continuamente como sujetos de investigación debido a su fácil disponibilidad en las situaciones en que la investigación se lleva a cabo.

Dado su estado dependiente y su capacidad frecuentemente afectada para el consentimiento libre, ellos deben ser protegidos contra el peligro de ser incluidos en la investigación sólo por conveniencia administrativa o porque son fáciles de manipular como resultado de su enfermedad o su condición socioeconómica.

6.2.9 ANEXO IX: *Jurisprudencia.*

Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional N° 3, Mar del Plata, setiembre 18 de 1995.-"Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de Mar del Plata s/ Presentación" (firme)

Autos y Vistos: I. Que la Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) con fecha 14/09/95 (ver fs. 01), eleva al Juzgado fotocopia íntegra de la Historia Clínica 5.296.311, perteneciente a Ángel Fausto Parodi, internado en el mencionado Hospital, adjuntando asimismo amplia evaluación por parte del Servicio de Salud Mental del mismo establecimiento, agregado a fs. 02.

Que tal presentación se efectúa ante la negativa del paciente Ángel Fausto Parodi, a ser sometido a una intervención quirúrgica (amputación del miembro inferior izquierdo), acción terapéutica, considerada por otra parte necesaria a fin de salvar la vida al paciente.

II. Con fecha 15 del mismo mes y año el Juzgado resuelve solicitar un informe ampliatorio a la Dirección del HIGA, requiriendo que asimismo dicha Dirección solicite dictamen fundado del Comité de Bioética de los Hospitales HIGA y Materno Infantil, en la persona de su coordinador Dr. Mauricio Montrul.

III. Del informe ampliatorio del Hospital, suscripto por el Director Asociado, Dr. Juan Ferrara, de fs. 30 y vta. y constancias de la Historia Clínica, resulta que:

a) con fecha 30/06/95 (fs. 4) el paciente Parodi ingresó al Hospital, por presentar gangrena en pie derecho, con antecedentes de diabetes, disponiéndose la realización de diversos estudios e interconsultas,

b) con fecha 09/08/95 (fs. 25) se llevó a cabo intervención quirúrgica ante diagnóstico preoperatorio de isquemia pierna derecha, procediéndose a la amputación suprapatelar de la misma, respecto a la cual el paciente prestara su consentimiento, luego de reiteradas negativas anteriores (ver fs. 34),

c) que el 16/08/95 (ver fs. 06) se diagnostica necrosis en primero y cuarto dedo del pie izquierdo con celulitis y edema de todo el pie,

d) con fecha 23/08/95 se diagnostica isquemia vascular del miembro inferior izquierdo se indica amputación con nivel infrapatelar,

e) con fecha 08/09/95, interviene el Servicio de Salud Mental, consignándose en el informe pertinente el consentimiento del enfermo con la amputación del miembro inferior izquierdo, expresión de voluntad manifestada en presencia del Director Asociado y profesionales consignados en el punto dos del informe de fs. 30,

f) programada la intervención quirúrgica con miras a la amputación del miembro inferior izquierdo con fecha 07/09/95, según surge del acta de fs. 31 suscripta por diversos profesionales del equipo de salud, se consigna la expresa negativa del interesado respecto de la intervención quirúrgica mencionada, puntualizándose allí literalmente: "***El paciente se niega al tratamiento***, dejando constancia en la Historia Clínica. Creemos conveniente, dada la lucidez del enfermo, que la Dirección quede notificada del hecho ante una posible situación legal. Se dio parte también al Servicio Social. El paciente está bajo responsabilidad de Cirugía Vascular y Clínica Médica", negativa en la que persiste el nombrado, y que es ratificada por los Dres. Climente y

Hunger (fs. 32/33) y por la profesional de enfermería Graciela Rinaldi cuyo informe obra a fs. 34,

g) con el informe de fecha 14/09/95 (fs. 02) del Servicio de Salud Mental del HIGA se establece que el paciente, con antecedentes de alcoholismo crónico y diabetes tipo II, se halla afectado por una gangrena en miembro inferior izquierdo, la cual, que de no ser operado, pone en peligro su vida, habiendo sido informado adecuadamente respecto de tales circunstancias, información comprendida por el propio paciente, quien no obstante persistió en su negativa a prestar consentimiento con la intervención quirúrgica programada.

IV. Que a fs. 37 obra el informe del *Comité de Bioética del Hospital*, que en razón de la urgencia del caso es suscripto por su coordinador, Dr. Mauricio Montrul (a su vez jefe del Servicio de terapia intensiva), y por el integrante del mismo Comité -y jefe de docencia e investigación del Hospital- Dr. Jorge J. Dietch. En dicho dictamen, en base a las constancias de la Historia Clínica del paciente, y testimonios de los integrantes del equipo de Salud (médicos y enfermeras, encargados de su atención), y luego de haber evaluado sus condiciones clínicas actuales (febril bajo efecto de medicación psiquiátrica) entienden que dicho paciente no puede ser reconocido como "competente" a la fecha de la realización del dictamen Bioético, no obstante lo cual se sugiere "se tome como evidencia de su capacidad de autodeterminación para rehusar al tratamiento indicado, el estado previo de lucidez de los días anteriores según consta en las notas de la historia clínica. Aconsejamos por lo tanto, en base al principio de autonomía respetar la voluntad previamente expresada por el paciente de rehusar la amputación propuesta, indicada por su estado clínico".

V. Constituido el Juzgado en la institución de salud (acta de fs. 44 y vta.), la profesional de enfermería a cargo del sector ratificó la persistencia del paciente Parodi en su negativa a la amputación de la segunda pierna, refiriendo también un desmejoramiento general de su estado de salud, que incluye ahora una negativa a ingerir alimentos. Entrevistado el paciente, con la presencia del perito psiquiatra oficial, Dr. Moreira, el nombrado no logró verbalizar respuestas a las preguntas que le fueron formuladas, aun cuando fueron inequívocos sus gestos y señales en lo que atañe a su negativa referida a la intervención quirúrgica, habiendo sido a su vez afirmativa esa misma respuesta textual en cuanto a su deseo de morir.

A fs. 47 obra el *informe del Dr. Guillermo Moreira, perito de la Asesoría Pericial Departamental*, quien con relación a la revisión del paciente Parodi informa: "se hallaba en mal estado general, hipertérmico, negativista, con frases dolorosas y con dificultades para expresarse verbalmente... no obstante respondió a las preguntas formuladas por el juez entendiendo y comprendiendo el Si del No... persistió en su negativa a la operación...".

Del informe de fs. 38 de la licenciada María Marta Re del Servicio Social del HIGA ratifica que en la entrevista que efectuara al enfermo interesado, el mismo manifestó encontrarse muy angustiado y "no querer que le realicen la amputación del miembro inferior". Señala asimismo que un sobrino del paciente concurrió al Servicio Social manifestando no poder hacerse cargo en este momento del causante dado que su propia madre presenta alteraciones psiquiátricas, estando a cargo de dos hijos menores, por haber sido abandonado por su cónyuge.

VI. Requerida la opinión a la *Dirección del SEIT (Servicio Especial de Investigaciones Técnicas de Policía)* presta su informe pericial en la declaración de fs. 45/6 su Segundo Jefe Dr. Mario Alberto Lago. Preguntado acerca de una eventual evolución en la salud del paciente en el supuesto de una nueva amputación, aclara que esta última sería el único tratamiento posible para aliviar o solucionar en parte su problema vascular debido a la diabetes aunque "la misma no cambiaría sustancialmente su enfermedad de base, o sea su diabetes y su patología alcohólica, por ser la diabetes una enfermedad sistemática que afecta inexorablemente a otros órganos... tales como cerebro, riñones, sentido de la vista...", agrega que la amputación no asegura que el paciente pueda sufrir no obstante descompensaciones en el futuro, acotando a su vez que el alcoholismo colabora con agravar el cuadro diabético. Señala también que otra cuestión a tener en cuenta a saber si esta intervención quirúrgica sería resistida por el paciente, para opinar finalmente, que a su juicio debería respetarse "la vida humana" y "las decisiones del ser humano", con referencia a la autodeterminación del paciente, su calidad de vida, y los peligros de un encarnizamiento terapéutico.

VII. Que el art. 19, inc. 3° de la ley 17.132, que regula el ejercicio de la medicina en el orden nacional, preceptúa que deberá respetarse la voluntad del paciente "...en cuanto sea negativa a tratarse o internarse..." (con las excepciones allí previstas, en las que no encuadra el caso de autos); dispone asimismo que "...en las operaciones mutilantes, se solicitará la conformidad por escrito del enfermo...". Tales previsiones, en ausencia de normas pertinentes al respecto en la legislación provincial (véase la antigua ley 4534 referente al "Ejercicio del Arte de Curar") resultan así de aplicación analógica, tal como resolviera este Juzgado en reiteradas oportunidades, a partir del caso "Navas,

Leandro s/ acción de amparo", 30-07-91, *ED*, 144-225 y con nota de Germán J. Bidart Campos, y *LL*, 1991-D-77, con nota de Susana Albanese (art. 16, Cód. Civil).

La cuestión traída a decisión, es de naturaleza Bioética, en un ámbito en el que esta novel transdisciplina se vincula estrechamente con el "bioderecho" (ver: artículos del suscripto en *ED*, 132-837 -1989-, titulado: "Bioética y derecho", en *JA*, 04-05-94, titulado: "Bioética, biopolítica y bioderecho"; sobre el mismo tema, Blanco, Luis G.: "Bioética: Proyecciones y aplicaciones jurídicas", *ED*, 21-7-94). Ha constituido un aporte importante de la Bioética, el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo (Mainetti, José A.: *Bioética sistemática*, Quirón, La Plata, 1991, pp. 25 y ss.), cuya autodeterminación y dignidad inalienable debe ser respetada. A partir de ese reconocimiento de la *autonomía*, como uno de los tres principios rectores de la Bioética (juntamente beneficencia y justicia), se fundamenta la que hoy día se conoce en doctrina como regla del *consentimiento informado* recepcionada no sólo en la citada ley 17.132, sino también concretamente en la legislación referida a la ablación y trasplante de órganos (art. 13, 14, 15, 19 y cctes., ley 24.013), al igual que en el ámbito jurisdiccional de la Provincia de Buenos Aires, en las leyes 11.044, sobre Protección de Personas incluidas en Investigación Científica, y 11.028, regulatoria del Funcionamiento de Centros de Procreación Humana Asistida.

Se ha señalado con razón que la cuestión que pone a prueba toda la doctrina del consentimiento informado es la negativa a un tratamiento o intervención médica, máxime cuando tal negativa pueda colocar en situación de riesgo la propia vida del paciente, habiéndose destacado que "este dilema constituye la prueba de fuego de la libertad y de la autodeterminación de la persona, que constituye la base de la doctrina

del consentimiento informado..." (Highton, Elena E. - Wierzba, Sandra M.: *La relación médico-paciente: El consentimiento informado*, Ad-Hoc, Buenos Aires, 1991, pp. 217 y ss.), consentimiento informado que deberá ser pues la expresión del respeto a la autonomía, o en otras palabras el respeto a las personas "en la terminología del Informe Belmont de la National Commission E.U.A.", de 1978 (Gracia, Diego: *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, 1993, pp. 17 y ss.).

Si se admite, sin inconvenientes, la necesidad de suministrar información por parte del equipo de salud, acorde con la capacidad de comprensión del paciente, a fin de poder contar con su consentimiento válido para la realización de una intervención médica, debe admitirse de igual manera el derecho de ese paciente a negarse a un tratamiento considerado conveniente o necesario por parte de ese equipo de salud (Handboek - Gezond - Heindsethiek, I. D. de Beaufourt, H. M. Dupuis Rd., cap. Informant Consent, pp. 217 y ss.; Palmer, Larry I.: *Law, medicine and social justice*, Ed. Westminster/John Knox Press, Louisville, Kentucky, p. 76; Gennesjunde, Herman N.Y.S.: *Recht en medisch handelen*, Ed. Algemene Practische Rechtsverzameling, 1991, p. 135. Sobre aspectos filosóficos del consentimiento informado, véase: Broeckman, Jan M.: *Encarnaciones: Bioética en formas jurídicas*, Quirón, La plata, 1994), máxime tratándose de una intervención cruenta, como lo es sin duda la amputación de un órgano o de un miembro, con sólido sustento constitucional en los arts. 19 y 33 de la Constitución nacional y 26 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires.

VIII. Tal como sostuviera en la causa nro. 42.157 "I. B. R. y M. D. B. s/ acción de amparo", mediante resolución de fecha 6 de junio del corriente año, "En una

democracia constitucional, en la que la dignidad y el valor de la persona humana ocupan un lugar prioritario y central, dicha dignidad exigen que se respeten las decisiones personales, el propio plan o proyecto de vida que cada cual elige para sí, en la medida en que no perjudique a terceros, ni afecte al bien común; la intimidad y privacidad (el *right of privacy* de los anglosajones) es un aditamento de la dignidad, de manera que, en nuestra filosofía constitucional, el principio de autonomía personal se halla unido indisolublemente a la dignidad..."; Bidart Campos, Germán J. - Herrendorf, Daniel: Principios, derechos humanos y garantías, Ediar, Buenos Aires, 1991, pp. 169 y ss.; Sagüés, Néstor Pedro: "Dignidad de la persona e ideología constitucional", JA, 30-11-94.

En el caso bajo análisis, entraría en conflicto el valor "vida", que los profesionales de la salud querían privilegiar y proteger y la "dignidad" del paciente como persona, quien reiteradamente, ha manifestado su negativa con una nueva intervención quirúrgica mutilante, situación que en el lenguaje bioético implicaría un **conflicto de valores**, no susceptible de ninguna solución perfecta, y donde optar por uno de los valores en conflicto implica de hecho, y necesariamente, relegar al otro. En una terminología estrictamente jurídica se ha abordado el mismo tema desde la perspectiva del "método de las compensaciones", ante situaciones que implican colisión entre dos derechos humanos fundamentales y donde el jurista o el juez en su caso deben optar por uno de ellos en detrimento de otro (ver Sagüés, Néstor Pedro: "Metodología para la enseñanza de los derechos humanos", LL, 1995-C-920).

IX. Estimo que en las circunstancias particulares del caso, proceder a la amputación del segundo miembro inferior del paciente Parodi, contraviniendo su

expresa voluntad claramente expresada con anterioridad, y en momentos en que el enfermo debía ser considerado "competente" -en el sentido bioético-, y plenamente "capaz" -desde la perspectiva jurídica- implicaría una grave violación de su esfera de libertad personal, de su intimidad y privacidad, en suma, importaría una grave ofensa a su dignidad como persona humana. Es por ello que en este supuesto el valor "vida" (como bien jurídicamente tutelado), a través de la intervención médica contra la voluntad del propio paciente, no puede ni debe prevalecer frente al principio de la dignidad inherente a todo ser humano.

En sentido coincidente con el criterio precedentemente expuesto, ha resuelto en un caso análogo la Cámara Nacional Civil, sala H, con fecha 21/02/91, donde se expresó que entre los derechos a la integridad física relativos al cuerpo y a la salud, es dable afirmar que nadie puede ser constreñido a someterse contra su voluntad a tratamientos clínicos, quirúrgicos o examen médicos cuando -como en la especie- está en condiciones de expresar su voluntad, sentencia en la que también se afirmó que "por la naturaleza de los derechos en juego que determinan que el paciente sea el árbitro único e irremplazable de la situación...", a lo que se añadió que tal principio no debe ceder aunque medie amenaza de la vida (fallo publicado en *ED*, con nota de Bidart Campos, Germán J. y Herrendorf, Daniel E.: "Una conducta autorreferente judicialmente protegida", sentencia asimismo anotada por Sanz, Carlos Raúl, comentario titulado: "Un fallo doblemente acertado", ver *ED*, 144-122 y ss.; ídem en *LL*, 1991-B-363, con nota de Bustamante Alsina, titulada: "La voluntad de cada uno es el sólo árbitro para decidir una intervención en su propio cuerpo").

X. A modo de criterio jurisprudencial, que ofrece elementos de reflexión que nos llevan a la misma solución precedentemente esbozada, cabe señalar lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la causa "Bahamondez", y notas doctrinarias que acompañaran publicaciones de dicho fallo en prestigiosas revistas jurídicas (véanse: *ED* del 04/08/93, con nota de Bidart Campos, Germán J, titulada: "La objeción de conciencia frente a tratamientos médicos", y de Portela, Jorge Guillermo: "Hacia una justificación de la objeción de conciencia", en *LL*, 1993-D-126, con nota de Sagüés, Néstor Pedro: "¿Derecho constitucional a no curarse?"; sobre el mismo fallo, Colautti, Carlos C.: "Precisiones e imprecisiones en el caso «Bahamondez»", en *LL*, 04-04-94; en *JA*, 22-12-93, con nota de Rivera, Julio César: "Negativa a someterse a una transfusión sanguínea").

De la citada sentencia de la Corte Suprema Nacional, resulta particularmente relevante para el caso sometido a decisión el voto de los ministros Carlos S. Fayt y Rodolfo C. Barra, quienes sostuvieron que "el respeto por la persona humana es un valor fundamental, jurídicamente protegido, con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental...", con expresa referencia al marco constitucional de los derechos de la personalidad y la doctrina relacionada con la intimidad, la conciencia, el derecho a estar a solas, el derecho a disponer de su propio cuerpo con fundamento en el art. 19 de la Constitución nacional, y en las previsiones del art. 19 de la ley 17.132.

XI. A lo ya expuesto cabría agregar aún más: la cuestionada operación mutilante ni siquiera ofrecería una solución definitiva permanente para la salud del paciente, aspecto respecto del cual me remito al informe pericial del Dr. Lago (ver apartado VI.

de la presente resolución), con la cual se introduce la cuestión referida a la "calidad de vida" futura en el caso de una eventual y nueva intervención quirúrgica mutilante, situación a cerca de la cual el paciente Parodi percibió una experiencia cercana y concreta a raíz de una situación similar a la que atravesara un hermano del nombrado, según nos refiriera la profesional de enfermería en circunstancias de llevarse a cabo la diligencia de fs. 34. Podemos hablar así del derecho del paciente "a rehusar un tratamiento o lo que se denomina el derecho a vivir su enfermedad, no por ignorancia, sino con conocimiento" (Albanese, Susana: *Casos médicos*, Ediciones La Rocca, Buenos Aires, 1994, p. 181).

En otras palabras corresponde aquí reafirmar el derecho del enfermo de "morir con dignidad" (sentencia de este Juzgado publicada en ED 22/11/93, con nota aprobatoria de Bidart Campos, Germán J.: *"La excarcelación de un condenado en estado terminal"*).

Sin perjuicio de respetar la voluntad del paciente, en cuanto a su negativa frente a una nueva intervención quirúrgica, corresponde a las autoridades del Hospital y en particular al equipo de salud, brindar la atención debida al enfermo, quien deberá ser adecuadamente medicado a fin de evitar padecimientos, cuidados que comprende el mantener al paciente abrigado y alimentado -respetando con respecto a esto último su voluntad-, a fin de no incurrir en abandono de persona. En otros términos brindar todos los cuidados que merece el enfermo como persona.

XII. Que la explícita manifestación de voluntad del paciente Parodi, en el sentido de rehusar un tratamiento médico, en el caso cruento, en momento en que

gozaba de plena capacidad para autodeterminarse, inequívocamente reflejada en el informe que presentara el Servicio de Salud Mental, con fecha 14/09/92 (fs. 02), implica una virtual petición de amparo, toda vez que la realización de la intervención médica invasiva, en tales circunstancias implicaría cercenar derechos fundamentales del paciente como persona, de raigambre constitucional, tal como resulta de las consideraciones vertidas en los apartados precedentes (arts. 43, Constitución nacional y 22, Constitución de la Provincia de Buenos Aires, nota de Morello, Augusto mario a la sentencia dictada por este Juzgado con fecha 22/10/93 en causa "Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos s/ amparo", en JA, 06/07/94).

Por todo ello, citas constitucionales, legales, doctrinarias y jurisprudenciales efectuadas,

Fallo: decidir a favor del respeto de la decisión autónoma del paciente Ángel Fausto Parodi internado en el Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, en lo que se refiere a su negativa a una intervención quirúrgica mutilante -amputación de miembro inferior izquierdo-, todo ello sin perjuicio de la continuación de las demás medidas terapéuticas adecuadas al estado de salud del paciente y que resguarden el respeto debido a su condición de persona (arts. 19, 33, 43 y cctes., Constitución nacional; 22, 26, Constitución de la Provincia de Buenos Aires y 19, ley 17.132). Regístrese. Notifíquese al Ministerio Público Fiscal y a la Dirección del Hospital Interzonal General de Agudos. Fecho, archívese.-

Fdo.: *Pedro Federico Hooft.*

Formulario descriptivo del Trabajo Final de Graduación

Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor:	Maximino, Vanessa.
E-mail:	vane_maximino@hotmail.com
Título de grado que obtiene:	Abogada.

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	El Derecho a Morir.
Título del TFG en inglés	The Right to Die
Integrantes de la CAE	Marcos Alladio, Cristina Gonzalez Unzueta y Ana Porta.
Fecha de último coloquio con la CAE	12 de Abril del 2011.
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	Documento “El Derecho a Morir” en formato: Documento de Microsoft Office Word 97-2003 (.doc) Documento de Microsoft Office Word 2007 (.docx) Adobe Acrobat Document (.pdf)

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis. (marcar con una cruz lo que corresponda)

Publicación electrónica:

Después de..... mes(es)

Firma del alumno