

La procedencia de la legalización de la eutanasia en la legislación argentina

María Florencia Pinto

SUMARIO: I.-La Eutanasia; II.-Tipos de Eutanasia; III.- Otras variables de clasificación; IV.- Argumentos a favor y en contra de la legalización de la eutanasia; V.- Eutanasia y religión; VI.- Legislación Nacional. Normativas de interés; VII.- Antecedentes Provinciales; VIII.-La Eutanasia y la Bioética; IX.- Aspectos Internacionales de la Bioética; X.- Actuales proyectos de Ley Nacionales en materia de Eutanasia; XI.- Derecho comparado; XII.- Conclusión; XIII.- Bibliografía consultada

RESUMEN: El siguiente trabajo intenta abordar en sus aspectos más relevantes la figura de la “Eutanasia”, un tema que está dotado tanto de importancia como de actualidad y que exige un tratamiento serio y a conciencia en nuestra legislación nacional. Para evidenciar su importancia, tome algunos artículos actuales de periódicos tanto nacionales como internacionales que revelan la necesidad de que este tema se abra a debate y sea evaluado por nuestros representantes. Intenté en su desarrollo en primer lugar abordar el tema desde su definición, sus posibles clasificaciones, definir algunos conceptos que resultan de interés para poder trabajar el tema con la debida precisión. Me pareció importante, toda vez que el objetivo de mi trabajo es evaluar la procedencia de la figura en la legislación Argentina, establecer una mínima reseña de las posturas que habitualmente se observan a la hora de debatir el tema. Asimismo, y toda vez que tal y como se ha observado la religión ha jugado un rol importante a la hora de evaluar su procedencia, también investigué la postura de la Iglesia Católica, que a la fecha registra más cantidad de fieles que otras religiones en el territorio Nacional. Ya con

toda aquella reseña previa, evalué como se armoniza la figura con los Principios de la Bioética. Finalmente, y previo a poder realizar una conclusión personal, analicé punto por punto tanto la evolución legislativa y en su caso también jurisprudencial, tanto en lo que hace a nuestra propia jurisdicción como a lo que respecta en el derecho comparado.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia-Muerte digna-Argentina.

I.- Introducción y objetivos

Si alguna vez estuviste cerca de un enfermo que agonizaba en condición terminal es muy probable que se te haya atravesado como un rayo en tu cabeza la idea de la legalización de la “Eutanasia”. Muchas veces ocurre que los enfermos se encuentran sometidos a cuidados intensivos o incluso manteniéndose vivos a través de métodos artificiales sin ninguna expectativa real de superar la enfermedad que diariamente los somete. Es en ese contexto en el que uno se cuestiona si sostener la propia vida resulta un derecho o un deber.

Asimismo, a la luz de la bioética surge el interrogante de si tal acción es lo que resulta precedentemente correcto o si en cambio es una innecesaria prolongación de la agonía del paciente, tanto en el orden físico como psíquico.

Pero, ¿qué es exactamente la eutanasia?: La palabra eutanasia hace alusión al concepto de “muerte sin sufrimiento físico”. El doctrinario Tomás Agustín Céspedes define como Eutanasia a “*cualquier práctica que ponga fin de manera anticipada a la vida de una persona terminalmente enferma o que en razón de su enfermedad sufra una dolencia insoportable o que le impida valerse por sí misma*”¹.

Ahora bien, aunque más adelante extenuaremos el desarrollo de nuestra legislación al respecto de esta temática de manera detallada, adelantamos que la figura no se encuentra habilitada en la República Argentina, siendo que por el contrario se encuentra penada por la ley.

La ley 26.742 en su artículo 11 prohíbe y ordena dejar sin efecto todas aquellas directivas de los pacientes que integren prácticas eutanásicas².

Por otro lado, el código penal argentino en su artículo 79 establece que “*Se aplicará reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro siempre que en este*

¹ Tomás Agustín Céspedes, “Eutanasia y autonomía”, p.18.

² <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=197859>

código no se estableciere otra pena”³. Es que nuestra normativa no diferencia entre la existencia de voluntad o no del sujeto pasivo. Este dato no resulta un eximente de responsabilidad penal a saber. Sin embargo, entiendo que el tipo penal en juego en estos casos podría ser el previsto en el artículo 83 de nuestro cuerpo normativo: “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.”⁴.

En definitiva, me propongo realizar un pormenorizado análisis del concepto de “Eutanasia”, sus alcances, las ventajas y desventajas que esta figura acarrea; el plexo normativo y jurisprudencial nacional, y del derecho comparado a los efectos de evaluar la posibilidad de legalizar la “muerte dulce” en la legislación argentina.

II.- La Eutanasia

a. Definición

La Real Academia Española define a la eutanasia con dos cortas oraciones: *“Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura y muerte sin sufrimiento físico”*.⁵ De lo referido se inducen ciertos elementos fundamentales a la hora de desmenuzar el concepto en estudio: en principio se hace referencia a una “intervención” u “acción deliberada” es decir que se debe contar con el conocimiento y consentimiento para que la misma se perfeccione. Asimismo se agregan dos inferencias más; al hablarse de “paciente” se asume que sólo estará comprendida dentro de la eutanasia si la práctica se realiza sobre una persona que se encuentre atravesando una enfermedad y asimismo se aclara que esta no debe poseer perspectiva alguna de cura.

b. Requisitos de procedencia de la Eutanasia.

Robert Young, en su libro “Medically Assisted death”⁶, postuló algunos requisitos fundamentales para que la idea de “Eutanasia” resulte procedente “per se”:

- Que el paciente sufra de una enfermedad terminal.
- Que no pueda beneficiarse de algún tratamiento médico vigente u nuevo.

³ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>

⁴ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>

⁵ Diccionario de la Real Academia Española. <https://dle.rae.es/eutanasia>

⁶ Young, Robert, “Medically Assisted death”, p. 17.

- Estar padeciendo, producto de su enfermedad dolores inhumanos, o que su existencia dependa de manera extrema de otras personas u elementos tecnológicos.
- Haber manifestado en ocasión de haber estado consiente su voluntad de morir.
- No poder producir su muerte sin asistencia de terceros.

c. Otros conceptos de interés.

i. *Enfermedad terminal:*

Considero reviste suprema importancia intentar definir en forma clara este concepto, toda vez que en la actualidad sólo resultaría viable en la mayoría de las legislaciones practicar la eutanasia cuando el enfermo en cuestión reviste este estadio

- Paciente terminal: Es aquel que padece una enfermedad de naturaleza conocida, de evolución irreversible, sin medidas terapéuticas curativas efectivas y con inminencia de muerte previsible, en días semanas o meses. Los objetivos terapéuticos más apropiados para este grupo de pacientes son los cuidados paliativos.⁷ Ingresarlo en una Unidad de Cuidados Intensivos significa arbitrar medidas para intentar prolongar el proceso de morir.⁸

Ahora bien, existen diferentes categorizaciones en lo que respecta a los pacientes **“con riesgo de muerte”**. Esta clasificación se basa en su situación evolutiva, prescindiendo del tiempo de aparición de su enfermedad (agudo o crónico) y de la etiología de la misma. Con esta pauta deben distinguirse cuatro estados:

- Paciente en estado crítico: Se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que compromete su supervivencia de no tomar medidas activas sobre sus funciones vitales. Este estado crítico supone, además de la amenaza de muerte dos circunstancias esenciales a tener en cuenta: la posibilidad de reversibilidad si se aplican ciertas acciones

⁷ Consenso sobre recomendaciones acerca de la limitación del soporte vital en terapia intensiva. Comité Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. 1999,97(6)

⁸ Capitulo 33.pdf (ama-med.org.ar) “Del cuidado del paciente incurable”

terapéuticas efectivas, rápidas y que su presencia es un momento evolutivo probablemente transitorio⁹.

- Paciente sin esperanzas: Se refiere al portador de una enfermedad de larga evolución (años), pero finalmente letal, que en su evolución sufre varios episodios agudos que, no tratados, conducen a la muerte, pero que en el mejor de los casos, una vez superados dejan al paciente cada vez más cerca del final de su vida. Estos episodios son “potencialmente terminales” y el paradigma de esta situación son las enfermedades neurológicas degenerativas¹⁰.
- Paciente terminal o muriente: Se refiere al que sufre una enfermedad letal. Este término debiera aplicarse sólo a aquellos enfermos en quienes la experiencia indica que debieran morir en un plazo relativamente corto de tiempo, medido en días o semanas más que en meses o años¹¹.
- Paciente moribundo o agonizante: Implica considerar muy cercana la presencia probable de la muerte. Ciertas condiciones clínicas indican deterioro severo de los sistemas orgánicos por lo que la muerte podría esperarse en el transcurso de horas.¹²

III.- Tipos de Eutanasia

Existen múltiples clasificaciones para diferenciar los tipos de eutanasia a saber, basándonos en distintos criterios de distinción según las perspectivas de quienes fueran sus autores.

a. Eutanasia Directa.

Se denomina “eutanasia directa” al hecho de adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable, esta a su vez posee dos variables:

⁹ “Soporte vital y terapia intensiva. Muerte Intervenida”. Vida y Ética, Año 10, n°2, Diciembre 2009.

¹⁰ “Soporte vital y terapia intensiva. Muerte Intervenida”. Vida y Etica, Año 10, n°2, Diciembre 2009.

¹¹ “Soporte vital y terapia intensiva. Muerte Intervenida”. Vida y Etica, Año 10, n°2, Diciembre 2009.

¹² “Soporte vital y terapia intensiva. Muerte Intervenida”. Vida y Etica, Año 10, n°2, Diciembre 2009.

a) Activa: Según el doctrinario Tomás Agustín Céspedes “*la eutanasia activa consistiría en una acción: provocar de modo directo la muerte de la persona enferma (v.gr., administrar una droga letal al enfermo)*”¹³.

b) Pasiva: Procede cuando se deja de tratar una complicación, por ejemplo una bronconeumonía, o de alimentar por vía parenteral u otra al enfermo, con lo cual se precipita el término de la vida; es una muerte por omisión. De acuerdo con Pérez Varela “*la eutanasia pasiva puede revestir dos formas: la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se inicia el tratamiento y en el segundo se suspende el ya iniciado ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir*”¹⁴. *Debe resaltarse que en este tipo de eutanasia no se abandona en ningún momento al enfermo.*

Judith Jarvis Thompson en su libro “*Physician-assisted suicide, two moral arguments, Ethics*”¹⁵, ha distinguido la Eutanasia Pasiva de los “*casos de no-conexión*”: en la Eutanasia pasiva se interrumpe un tratamiento ya comenzado mientras que en los “*casos de no conexión dichas medidas fueron rechazadas desde el inicio por voluntad del paciente.*

b. Eutanasia Indirecta

Se trata de aquella práctica que consiste en que la muerte se obtiene indirectamente, mediante la utilización de un analgésico que tenga efectos colaterales y comprometa alguna función vital. Este es el caso, por ejemplo, del cáncer en que la utilización de la morfina produce como efecto colateral la disminución de conciencia y casi siempre una abreviación de la vida, sin embargo, la intención al utilizarla es calmar el dolor¹⁶.

c. Suicidio Asistido

Hablamos de suicidio asistido cuando la maniobra se concreta al proporcionar en forma intencional y con total conocimiento a un enfermo de los medios o procedimientos o ambos para poder concretar su deceso, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos

¹³ Tomás Agustín Céspedes, “Eutanasia y autonomía” p. 20.

¹⁴ <https://www.quimica.es/enciclopedia/Eutanasia.html>

¹⁵ Thomson, Judith Jarvis, “Physician-assisted suicide: two moral arguments, Ethics”, p.497/498.

¹⁶ Alarcón, Doris Silva. “La Eutanasia, aspectos doctrinarios y legales” Cuadernas de Estudio. Centro de estudios biojuridicos. <https://www.yumpu.com/es/document/read/14691936/la-eutanasia-aspectos-doctrinarios-aspectos-legales-inicio>

medicamentos letales o su suministro. Se plantea como deseo de extinción de muerte inminente, porque la condición terminal se ha tornado de un dolor insostenible. Cabe destacar, que en éste caso es el paciente el que voluntaria y activamente termina con su vida, de allí el concepto de suicidio¹⁷. Esta práctica se encuentra actualmente habilitada en cuatro países de Europa occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza, dos países de América del Norte; Canadá y Estados Unidos, en el estado de Oregón, Washington, Montana, Vermont y California; y Colombia, único representante de América del Sur.¹⁸

d. Eutanasia voluntaria e involuntaria

El Dr. Tomas Agustín Céspedes distingue a la eutanasia voluntaria de la involuntaria al referir que: *“Mientras en la voluntaria la acción u omisión que produce la muerte del enfermo se realiza por el requerimiento de este último, en la eutanasia involuntaria se procura la muerte de un ser humano que en razón de su situación ha perdido la competencia para decidir sobre su vida y muerte, como sucede con los casos de los enfermos con pérdida irreversible de la conciencia”*.¹⁹

e. Cacotanasia o “Eutanasia involuntaria”

En el griego antiguo *Kakós* [kakós], ‘malo’ o ‘malvado’²⁰. El término alude a la “mala muerte”, es que en este caso la eutanasia se impone al afectado sin que este preste su consentimiento al respecto. Es un tercero quien “apiadándose” de su situación toma la decisión en su nombre.

f. Ortotanasia

Por "ortotanasia" o -lo que es lo mismo- "muerte digna", se entiende la exigencia ética -que atiende a la forma de morir- y el derecho con el que cuenta todo ser humano para elegir o exigir, para sí o para otra persona a su cargo, una "muerte a su tiempo", es decir, sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) o cruelmente obstinadas (encarnizamiento médico) del proceso de morir, concretándose esa muerte "correcta" -atendiendo al tipo de patología y a su grado de evolución- mediante la abstención, supresión o limitación de todo tratamiento fútil, extraordinario o desproporcionado, ante la inminencia de la muerte del paciente, muerte a la que no se la busca (pues lo que se

¹⁷ Blanco, Luís G.: “Homicidio piadoso, eutanasia y dignidad humana.

¹⁸ Eutanasia y Suicidio Asistido en países occidentales: una revisión sistemática.

¹⁹ Céspedes, Tomás Agustín, “Eutanasia y Autonomía”, p. 21.

²⁰ <https://es.wikipedia.org/wiki/Caco>

pretende es humanizar el proceso de morir, sin prolongarlo abusivamente) ni se la provoca (ya que resultará de la propia enfermedad que el sujeto padece), debiendo siempre prestarse al paciente muriente los cuidados ordinarios y tratamientos paliativos de los que requiera, así como también -en su caso- acompañamiento y/o tratamiento psicoterapéutico y/o tanatológico, comprensivo de los anteriores.²¹ En palabras de Gomez Román Maciá; *“una muerte digna” es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal*”.²²

g. Distanasia

Se trata de la prolongación excesiva del proceso de morir de un paciente, resultante del ilimitado empleo de medios terapéuticos extraordinarios o desproporcionados", que linda con el "ensañamiento", "encarnizamiento" o "furor terapéutico", esto es, la situación generada por una obsesiva obstinación médica que excede al deber del galeno de preservar la vida, traducida en un proceder irracional e inmoral y aun antijurídica, concretado en retardar inútilmente la muerte en casos desesperados, recurriendo a tratamientos absolutamente fútiles, carentes de sentido y de justificación, médica y ética, en pacientes que están más allá de toda posible curación, cuando su irrecuperabilidad se encuentra bien definida, prolongando así la agonía de pacientes murientes -de ordinario, ritualmente internados en Unidades de Terapia Intensiva y sometidos a procedimientos dolorosos y fútiles, en soledad, alejados de sus seres queridos, sin poder hablar, intubados o traqueotomizados, con su sueño interrumpido y su privacidad violentada, tan sólo para morir, en esta forma cruel, poco tiempo después-, fenómeno sociocultural complejo y pluricausado acerca de cuya denominación ya "tradicional", se ha observado que constituye una fórmula vacía, dado que "la realidad de un tratamiento se mide por la esperanza de curación o alivio, y sólo bajo la visión deformada de los médicos puede parecer un gesto terapéutico".²³

IV.- Otras variables de clasificación

²¹ Blanco, Luis Guillermo: "Homicidio piadoso, eutanasia y dignidad humana". Publicado en: LA LEY1997-F, 509

²² Maciá Gómez, Román. "Concepto legal de muerte digna".

²³ Blanco, Luis Guillermo: "Homicidio piadoso, eutanasia y dignidad humana". Publicado en: LA LEY1997-F, 509

La famosa jurista Doris Silva Alarcón²⁴ amplía las variables clasificativas de la eutanasia y entre otros patrones cataloga la eutanasia también según la motivación del autor:

- Piadosa

En este caso la finalidad de su autor es evitar el sufrimiento del enfermo terminal²⁵.

- Eugenésica

Aquella que se dirige al “mejoramiento de la raza humana”. Este fue el argumento a través del cual el NSDAP planteó en 1939 la puesta a punto de un sistema para eliminar por eutanasia a los ciudadanos que presentaban rasgos de debilidad, es decir las personas con incapacidades mentales y físicas. Con este programa se pasó, ya no sólo de señalar y marginar, sino de eliminar, a determinados grupos poblacionales que presentaban los esos rasgos en el marco del III Reich Alemán. Fue así que entre 1939 y 1941 se eliminaron personas esquizofrénicas, epilépticas, con encefalitis, deficiencia mental, parálisis, enfermedad de Huntington, demencia senil y en estados finales neurológicos. A la vez, también se incluyeron residentes de asilos (por más de 5 años), incapacitados mentales, criminales y personas que no poseyeran la ciudadanía Alemana (incluyéndose a los no poseedores de sangre alemana)²⁶.

- Económica

Es aquella destinada a “eliminar” a aquellas personas cuyas vidas se consideren inútiles, exentas de valor vital y de costoso mantenimiento²⁷.

V.- Argumentos a favor y en contra de la legalización de la eutanasia

A la fecha en la Argentina no se ha logrado arribar a una opinión unánime respecto a la cuestión, muy por el contrario, las posturas a favor y en contra se han

²⁴Alarcón, Doris Silva. “La Eutanasia, aspectos doctrinarios y legales” Cuadernas de Estudio. Centro de estudios biojuridicos. <https://www.yumpu.com/es/document/read/14691936/la-eutanasia-aspectos-doctrinarios-aspectos-legales-inicio>

²⁵<http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/4.html>

²⁶<https://www.observatoriobioetica.org/2018/03/la-eutanasia-en-la-alemania-nazi/27145>

²⁷<http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/4.html>

tornado cada vez más encarnizadas por tratarse de un tema tan sensible y que se ve ampliamente influenciado por concepciones personales tanto de índole moral como de orden religioso.

Sin duda uno de los problemas centrales se da como se adelantó “ut supra” en torno a argumentos religiosos y, particularmente, al modo en que cada religión concibe el hecho mismo de la vida y la muerte.

En contraposición con esto, encontramos argumentos que ponen de relieve la dignidad de la persona como eje central de la cuestión y su derecho a la autodeterminación y a elegir el modo en el que viven o mueren.

A continuación, enumerare una serie de argumentos que normalmente suelen esgrimirse de un sector que acepta la eutanasia y propicia su inclusión en la legislación; y de otro, que niega cualquier posibilidad de que ésta práctica sea llevada adelante.

Sin perjuicio de lo referido, es válido destacar que en principio ambas posturas coincidirían en que los tratamientos médicos desproporcionados (encarnizamiento terapéutico) que tienen por finalidad prolongar la vida a cualquier precio y bajo cualquier circunstancia, resultan prácticas crueles que deben ser dejadas de lado por razones de dignidad humana. Es decir, habría unanimidad respecto a que ambos comprenden que prolongar la vida de esta manera resulta arbitrario, más aun cuando el paciente no desea someterse a dichos tratamientos siendo esta es una decisión que debe respetarse.

Posturas que sostienen la necesidad de legalizar la Eutanasia. Argumentos a favor.

- La legalización de la eutanasia no implicaría que quienes la rechazan se encuentren obligados a aplicarla. Sólo se someterían a la aplicación de la figura quienes libremente lo deseen.
- El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado..."*. La “calidad de vida” del ser humano es un derecho fundamental, por tal razón este concepto conforma una de las bases ideológicas de quien milita a favor de su legalización. Consideran que es legítimo concederle

al enfermo el derecho de acabar con su vida si sus condiciones de supervivencia se encuentran por debajo de este límite²⁸.

- “Morir con dignidad” es un derecho personalísimo y uno de los principales argumentos de quienes pretenden promover la legalización de la eutanasia. Las asociaciones que abogan por la despenalización de la eutanasia entienden que la ley debería permitir que una persona pueda ser asistida para dar fin a su vida si sostenerla implicara no poseer ni una vida ni una muerte digna²⁹.
- *“No puede obligarse a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas, aunque una inmensa mayoría de la población las estime intangibles, pues el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignas”*.³⁰
- *“El deber del Estado de proteger la vida debe ser compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad, razón por la cual frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal debe ceder frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir”*.³¹
- *“La decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que es consciente de su condición de incurable, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones honrosas o morir probablemente en un corto plazo en circunstancias dolorosas, de padecimiento u indignas. Así, el derecho a vivir en forma digna implica el derecho a morir dignamente también”*.³²
- *“El actor confunde los conceptos de homicidio eutanásico y homicidio eugenésico; en el primero la motivación consiste en ayudar a otro a morir dignamente, en tanto que en el segundo se persigue como fin, con fundamento en hipótesis pseudo-científicas, la preservación y el mejoramiento de la raza o de la especie humana. Es además, el homicidio pietístico, un tipo que precisa de unas condiciones objetivas en el sujeto*

²⁸ <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

²⁹ <https://salud.gob.ar/dels/entradas/morir-con-dignidad>

³⁰ Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de Colombia – fecha 20/05/1997. Publicado en: LA LEY 1997-F, 518.

³¹ Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de Colombia – fecha 20/05/1997. Publicado en: LA LEY 1997-F, 518.

³² Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de Colombia – fecha 20/05/1997. Publicado en: LA LEY 1997-F, 518.

*pasivo, consistentes en que se encuentre padeciendo intensos sufrimientos, provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable, es decir, no se trata de eliminar a los improductivos, sino de hacer que cese el dolor del que padece sin ninguna esperanza de que termine su sufrimiento”.*³³

Postura que sostiene el rechazo de la legalización de la Eutanasia. Argumentos en contra.

- “El rol principal de un estado social y democrático de derecho es garantizar la vida de las personas, protegiéndolas en situaciones de peligro, previniendo atentados contra ellas y castigando a quienes la vulneren”.³⁴
- “Para quienes apoyan esta postura, el “homicidio piadoso” no es más que una figura que envuelve el deseo de librarse de una carga social”.³⁵
- “El derecho a una muerte digna es un eufemismo que se utiliza para designar el -derecho a que otro nos dé muerte-. Bajo el pretexto de rechazar el empeño terapéutico, esta expresión estigmatizada avala el hecho positivo de matar a alguien”.³⁶
- “En una sociedad que presume de defender la dignidad humana y a los débiles, es una gran hipocresía considerar que algunas vidas son más dignas que otras. Aquí ya no se habla de libertad del individuo, sino de poder de otros para eliminarlo”.³⁷
- Podría fomentar el mercado ilegal de órganos.
- Podrían disminuir los recursos destinados a hallar la cura de determinadas enfermedades y su tratamiento, dado que resultaría más redituable dejar morir a las personas o acelerar dicho proceso.
- Si bien legalizar la eutanasia no significa que deba aplicarse a todos, en la práctica es muy difícil controlar que los recaudos establecidos por la

³³ Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de Colombia – fecha 20/05/1997. Publicado en: LA LEY 1997-F, 518.

³⁴ Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de Colombia – fecha 20/05/1997. Publicado en: LA LEY 1997-F, 518.

³⁵ Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de Colombia – fecha 20/05/1997. Publicado en: LA LEY 1997-F, 518.

³⁶ Mourelle de Tamborenea, Cristina: “Fallo comentado: Juzg. en lo Crim. y Corr. N. 1 de Transición de Mar del Plata 25/07/2005”. LLBA 2005-10-1086

³⁷ Mourelle de Tamborenea, Cristina: “Fallo comentado: Juzg. en lo Crim. y Corr. N. 1 de Transición de Mar del Plata 25/07/2005”. LLBA 2005-10-1086

ley, como el consentimiento libremente prestado. Legalizar esta práctica acarrea riesgos que no pueden ser admitidos.

- “Cualquier eutanasia implica acabar con una vida por considerarse indigna. Su habilitación admite que él enfermo pueda decidir sobre su propia vida, pero pronto podría ampliarse esta potestad a los familiares, o incluso a los médicos y finalmente los gestores del Gobierno. Entonces morir se puede terminar convirtiéndose en un deber”.³⁸
- Una vez se abre la puerta a la eutanasia y/o al suicidio asistido, se entra en una pendiente deslizante, pues la sociedad se acostumbra a esa práctica y se reduce el umbral de intolerancia al sufrimiento. Lo que implica el riesgo de finalizar aplicándose a enfermos no terminales.³⁹

VI.- Eutanasia y religión

Existe un cierto acuerdo en las religiones más profesadas en general respecto a la “negativa” de admitir la eutanasia como una opción legítima. En general todas tienden a reconocerle a la vida un carácter sagrado, del que el hombre no tiene la capacidad de disponer, sino aquel ser superior que cada una de ellas proclama como su Dios.

Sin embargo, en este caso puntual, a resultas de que intento abordar la cuestión desde la perspectiva de la legislación Argentina y dado que no sólo nuestra Constitución Nacional en su artículo 2 proclama sostener el culto católico sino que el porcentaje de creyentes de esta religión resulta mayoritario oscilando el 63%⁴⁰ de su población, me focalizare en esta perspectiva.

La postura de la Iglesia católica.

La iglesia Católica tiene una postura bastante impermeable respecto a la posibilidad de admitir a la eutanasia dentro de las legislaciones.

Su oposición se basa, vertebralmente en la idea de que la vida, tal y como se adelantó “ut supra” es un elemento sagrado e indisponible: “Yo doy la muerte y doy la vida” (Dt 32,39).

³⁸ Mourelle de Tamborenea, Cristina: “Fallo comentado: Juzg. en lo Crim. y Corr. N. 1 de Transición de Mar del Plata 25/07/2005”. LLBA 2005-10-1086

³⁹ Martínez López, María: “Respuesta a los argumentos más frecuentes a favor de la eutanasia. Eutanasia: catálogo de mitos”. Publicado en: <http://www.muertedigna.org/textos/euta76.html>

⁴⁰ <http://www.conicet.gov.ar/creencias-valores-y-actitudes-en-la-sociedad-argentina/>

La eutanasia acarrea la muerte de un hombre en manos de otro hombre, y por tal razón no puede más que condenársela como un homicidio. A la iglesia católica le resulta irrelevante si la maniobra se realiza a través de una acción o una omisión, el punto resulta que el fallecimiento no se produce por la voluntad de Dios sino del hombre. Esta opción es un delito y un pecado violatorio del quinto mandamiento: “No matarás”.

Juan Pablo II en la “Congregación para la Doctrina de la fe, en la Conferencia Episcopal Española”⁴¹ ha remarcado que existe una tendencia a apreciar la vida sólo en la medida en que da placer y bienestar. “...*el hombre rechazando u olvidando su relación fundamental con Dios, cree ser criterio y norma de sí mismo y piensa tener derecho a pedir incluso a la sociedad que le garantice posibilidades y modos de decidir sobre la propia vida en plena y total autonomía*”.

El sumo pontífice incluso refirió la existencia de una obligación moral de curarse y hacerse curar, aunque esta obligación se deba valorar según las situaciones concretas⁴².

Confirmó que la práctica resulta una “grave violación a la ley de Dios, en cuanto a la eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana”. Arguyó que esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita⁴³.

Insistió en la inmoralidad del suicidio: “*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 forma parte y para la sociedad en general*”.⁴⁴

Argumentó esta postura refiriendo que la figura constituye un rechazo a la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte, proclamada así en la

⁴¹ La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial. Documentos Mc. Director Jesús Urteaga, p.11. Congregación para la doctrina de la fe, Decl. Iura et bona, sobre la eutanasia (05/05/1980).

⁴² La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial. Documentos Mc. Director Jesús Urteaga, p.13. Congregación para la doctrina de la fe, Decl. Iura et bona, sobre la eutanasia (05/05/1980).

⁴³ La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial. Documentos Mc. Director Jesús Urteaga, p.13. Congregación para la doctrina de la fe, Decl. Iura et bona, sobre la eutanasia (05/05/1980).

⁴⁴ La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial. Documentos Mc. Director Jesús Urteaga, p.13. Congregación para la doctrina de la fe, Decl. Iura et bona, sobre la eutanasia (05/05/1980).

oración del antiguo sabio de Israel “*Tú tienes el poder sobre la vida y sobre las muerte, haces bajar a las puertas del Hades y de allí subir*” (Sb 16, 13; cfe Tb 13,2).⁴⁵

Citó a San Agustín quien refirió “*No es lícito matar a otro, aunque este 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*”.⁴⁶

Calificó a la Eutanasia como a una “falsa piedad”, como a una preocupante “perversión”: “*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*”⁴⁷.

Juan Pablo II condenó a aquellas legislaciones que se aparten de lo aquí referido, e incluso incitó a los fieles católicos a apartarse de dichos mandatos: “*En el caso de una ley intrínsecamente injusta, como es la que admite el aborto o la eutanasia, nunca es lícito someterse a ella, ni participar en una campaña de opinión a favor de una ley semejante, ni darle sufragio del propio voto*.”⁴⁸

Esta misma doctrina fue adoptada en la actualidad por el Vaticano habiendo con fecha 22/09/2020 emitido un nuevo documento, con el nombre "Samaritanus Bonus" (el buen samaritano), elaborado por la Congregación para la Doctrina de la Fe y aprobado por el Papa Francisco. En él se establece como "enseñanza definitiva" que la eutanasia "es un crimen contra la vida humana" que no se puede aplicar en ninguna ocasión ni circunstancia⁴⁹.

Código de Derecho Canónico. Artículos relevantes.

El código de Derecho Canónico, en su artículo 2258 establece que “*La vida humana es sagrada, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde*

⁴⁵ La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial. Documentos Mc. Director Jesús Urteaga. p.13

⁴⁶ Epistula 204, 5 CSEL 57,320

⁴⁷ La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial. Documentos Mc. Director Jesús Urteaga. p.14

⁴⁸ Congregación sobre la Doctrina de la Fe, Declaración sobre el aborto procurado (18/11/1974) <http://www.clerus.org/bibliaclerusonline/es/flx.htm>

⁴⁹ <https://www.dw.com/es/vaticano-la-eutanasia-es-un-crimen-contra-la-vida-humana/a-55020071>.

su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente.⁵⁰

Si bien en sus artículos 2258 y 2277 se manifiesta en oposición a la legalización de la figura, sus artículos 2278 y 2279 nuevamente ponen un límite a la otra cara de la moneda; “la encarnización médica”.

Artículo 2277 *“Cualesquiera sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable”*.⁵¹

Artículo 2278 *La interrupción de tratamientos médicos onerosos peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir esos tratamientos es rechazar el ‘encarnizamiento terapéutico’. Con esto no se pretende provocar la muerte, se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente”*.⁵²

Artículo 2279 *“aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados”*⁵³.

VII.- La Eutanasia y la Bioética

François Malherbe definió¹ a la bioética como “*el estudio de las normas que deben regir nuestra acción en el terreno de la intervención técnica del hombre sobre su propia vida*”⁵⁴.

Abarca las cuestiones éticas acerca de la vida que surgen en las relaciones entre biología, nutrición, medicina, química, política (no debe confundirse con la

⁵⁰ Código de Derecho Canónico. <https://es.catholic.net/op/articulos/26966/cat/612/el-quinto-mandamiento-no-mataras.html#modal>

⁵¹ Código de Derecho Canónico. <https://es.catholic.net/op/articulos/26966/cat/612/el-quinto-mandamiento-no-mataras.html#modal>

⁵² Código de Derecho Canónico. <https://es.catholic.net/op/articulos/26966/cat/612/el-quinto-mandamiento-no-mataras.html#modal>

⁵³ Código de Derecho Canónico. <https://es.catholic.net/op/articulos/26966/cat/612/el-quinto-mandamiento-no-mataras.html#modal>

⁵⁴ <https://conocimientosweb.net/dcmt/ficha6043.html>

"biopolítica"),⁷ derecho, filosofía, sociología, antropología, teología, etc. Existe un desacuerdo acerca del dominio apropiado para la aplicación de la ética en temas biológicos. Algunos bioéticos tienden a reducir el ámbito de la ética a lo relacionado con los tratamientos médicos o con la innovación tecnológica. Otros, sin embargo, opinan que la ética debe incluir lo relativo a todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor. En una visión más amplia, no sólo hay que considerar lo que afecta a los seres vivos (con capacidad de sentir dolor o sin tal capacidad), sino también al ambiente en el que se desarrolla la vida, por lo que también se relaciona con la ecología⁵⁵.

Desde esta noción se derivan ciertos principios que atañen a la figura de la eutanasia, tales como el principio de autonomía, el principio de beneficencia, el principio de no maleficencia y el principio de justicia, sin que ninguno tenga primacía por sobre los demás, debiendo respetarse todos y sólo procediendo a priorizar, si así fuere necesario, ante las circunstancias del caso.

A continuación, desarrollaremos una breve reseña de cada uno de los señalados principios:

Principio de autonomía.

Deviene de "*nomoi*", "*darse leyes*", "*autós*", a sí mismo. Es la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas. El consentimiento informado es la máxima expresión de este principio⁵⁶.

*"Consiste en que cada persona es auto determinante para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo, es decir, que al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias"*⁵⁷.

El concepto hace referencia a que el ser humano posee la inteligencia y determinación suficiente como para poder decidir con libertad sobre sí mismo.

En lo que respecta a la eutanasia existe un conflicto ético cuando el paciente decide rechazar un tratamiento propuesto por los médicos; pues tal situación pone

⁵⁵ Wikipedia. <https://es.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>

⁵⁶ Beauchamp Tom L., Childress James F. "Principles of Biomedical Ethics", 5th edición, 2002.

⁵⁷ Ferrero, María. Dra. Molina Rodríguez, Luzcarin y Otros. "La bioética y sus principios". Volumen 42 N° 2. 2009. Citado en CASTILLO, A. (1999). "Principios, Normas y Obligaciones del médico". Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Modulo N° 1, Caracas. Páginas 235-245.

en jaque aquel juramento hipocrático en el que los profesionales de la salud han plasmado su compromiso de salvaguardar la vida de las personas: “*hacer de la salud y de la vida de nuestro enfermo la primera de vuestras preocupaciones*”⁵⁸. Esta situación también podría entrar en colisión con el principio de beneficencia, dado que el profesional no puede llevar a cabo ningún tipo de terapia médica sin la aprobación del paciente⁵⁹.

Sin embargo, aquella lectura del juramento no debe interpretarse ilimitadamente, bajo ningún punto de vista se puede actuar en contra de la voluntad del paciente, más bien se traduce en la obligación que poseen los galenos de transmitir a los pacientes la información correcta y necesaria que los oriente respecto de las alternativas médicas que poseen y sus respectivas consecuencias.

Principio de Beneficencia.

Consiste en la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. El deber de ayudar al otro por sobre nosotros mismos.

Las condiciones de este principio son que el beneficiario este expuesto a un perjuicio (en el caso médico, para su vida o su salud), que la acción del profesional de la salud sea necesaria para prevenir aquel, que la acción tenga una alta probabilidad de prevenir el perjuicio que el enfermo se encuentra padeciendo, que la acción escogida no implique grandes riesgos o costos para el que la realiza y que el beneficio supere el riesgo contraído por el paciente.

El profesional debe estar preparado, ser competente, actualizarse, contar con una formación humanística basada en los principios éticos y sobre el conocimiento de las particularidades de la población que asiste. No debe centrarse únicamente en curar o en restablecer la salud, sino también en prevenir y en educar.

Este principio debe estar subordinado al de autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por ejemplo, el experimentar en humanos fundamentado en el “bien de la humanidad”.

⁵⁸ <https://www.fmed.uba.ar/index.php/titulos/texto-de-juramento>

⁵⁹ Bacigalupo María, Munzio Delia artículo “Eutanasia. Límites de la experimentación”, 2005 en: http://www.saij.gob.ar/doctrina/daoc050034-bacigalupo-eutanasia_limites_experimentacion.htm?bsrc=ci

Es muy importante destacar que el abuso de este principio acarrea al paternalismo, por lo cual su implementación tiene que resultar ajustada a los límites éticos y racionales⁶⁰.

Principio de no maleficencia.

“Primum non nocere”. Consiste en abstenerse de realizar acciones intencionales que puedan causar daño o perjudicar a otros.

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son:

- tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada
- investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas.
- avanzar en el tratamiento del dolor
- evitar la medicina defensiva y la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios

Se trata de aquel mandato que se encuentra implícito en el juramento hipocrático. Este principio se resume en tres conductas: no abandono del paciente (esto también incluye el abandono familiar o institucional), en el principio de precaución, que ayuda a evitar cualquier mala praxis; y principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en salud pública.

Asimismo, el principio acarrea ciertas obligaciones para los médicos, por ejemplo, el de evaluar el riesgo/beneficio ante la toma de cualquier tipo de medida y evitar la distanasia. Se trata de respetar la integridad física, pero también la psicológica de la vida humana⁶¹.

Principio de Justicia.

Este principio concierne la distribución equitativa de recursos insuficientes. Se aplica en la provisión de recursos tecnológicos, científicos, humanos y económicos, necesarios en la práctica médica moderna, que no pueden ser solventados exclusivamente por el enfermo o sus familiares⁶².

⁶⁰ Beachamp Tom L., Childress James F. “Principles of Biomedical Ethics”, 5th edición, 2002.

⁶¹ Beachamp Tom L., Childress James F. “Principles of Biomedical Ethics”, 5th edición, 2002.

⁶² Beachamp Tom L., Childress James F. “Principles of Biomedical Ethics”, 5th edición, 2002.

Se perfeccionará este principio si al enfermo se le da el trato justo sin negarle la prestación de un servicio, brindándole la requerida información y sin imponerle una responsabilidad u obligación indebida.

Se trata como bien lo define María del Carmen Amaro de “*Dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos. Por ello, en el mundo contemporáneo, la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público*”⁶³.

VIII.- Legislación Nacional. Normativas de interés

• **Art. 19. de la C.N:** El referido artículo de la Constitución enuncia que “*Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe*”⁶⁴.

La CSJN efectuó una interpretación liberal el caso “Bazterrica” en el que resaltó la existencia de un campo de inmunidad que establece el art. 19 de la Constitución Nacional respecto de las acciones privadas de las personas: *el legislador únicamente puede legislar de manera legítima sobre aquellas conductas reguladas por normas de la moral referidas a nuestras relaciones con terceros, teniendo vedado con sus leyes exceder el campo de las acciones que caen bajo el ámbito de la moralidad privada*⁶⁵.

• **Art. 16 de la C.N:** El referido artículo proclama, entre otros principios la “Igualdad ante la ley”: “*Todos sus habitantes son iguales ante la ley*”⁶⁶. Este principio, también emerge del Art. 2 de la Declaración Americana de derechos y deberes del hombre⁶⁷ y del Art. 24 de la Convención Americana de DDHH⁶⁸.

El mencionado principio importa dada la diferente regulación que hace la ley del suicidio asistido, la eutanasia activa y la eutanasia pasiva basándose en la supuesta distinción entre matar y dejar morir, la cual en muchos casos no funciona.

⁶³ Amaro, María del Carmen. Lic. Lemus, Ángela y Otros. “Principios básicos de la bioética”.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403191996000100006

⁶⁴ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

⁶⁵ Tomás Céspedes, “Eutanasia y autonomía” p. 78

⁶⁶ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

⁶⁷ http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1000

⁶⁸ https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b2_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm

Lo que pareciera estar presente en todas estas situaciones es la solicitud del paciente enfermo para que se ponga fin a su vida y es allí donde reside el fundamento de las figuras analizadas. Si como comunidad política estamos dispuestos a reconocerles a todas las personas los mismos derechos fundamentales y no podemos encontrar una justificación moral de la distinción entre eutanasia activa, eutanasia pasiva y suicidio asistido que a su vez justifique una diferente regulación normativa, entonces debemos reconocerles a todas las personas con una enfermedad terminal o que les impida valerse por sí mismas el derecho a acceder a una práctica de este tipo⁶⁹.

• **Art. 75 inc. 22:** El artículo 75 inciso 22 ha otorgado jerarquía Constitucional a una serie de tratados internacionales, muchos de estos que proclaman la “dignidad humana” como un piso mínimo a respetar a los estados suscriptores. Un ejemplo de lo referido es la Declaración Universal de Derechos Humanos que como se dijo ut supra, en su Art. 25 afirma que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado...”*. También vemos enunciado en estos tratados el principio de “igualdad ante la ley” al que también se hiciera referencia recientemente.

• **Art. 19 inc. 3 ley 17132:** *“Los profesionales que ejerzan la medicina están 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”*⁷⁰.

Leading case en Argentina: C.S. del 6 de abril de 1993, Bahamondez, Marcelo s/ medida cautelar.

La referida norma regula el ejercicio de la medicina en el orden nacional, y formula que deberá respetarse la voluntad del paciente “en cuanto a su negativa a tratarse o internarse”. Amerita ser destacado que las voluntades anticipadas, se oponen a todas aquellas prácticas distanásicas-encarnizamiento terapéutico-, entendiéndose por ello al acto por el cual se efectúa una prolongación “exagerada” del proceso de morir de un paciente resultante del empleo innecesario de medios

⁶⁹ Tomás Céspedes, “Eutanasia y autonomía” p. 38

⁷⁰ Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>

terapéuticos desproporcionados o fútiles⁷¹. Asimismo en palabras del Dr. Omar Ángel Gabrielli “... *El concepto amplio de futilidad podrá ayudar a la comprensión del problema del límite en la atención, al considerar que una acción médica puede ser fútil en una circunstancia y no en otra porque esta cualidad reside más en el análisis objetivo del tratamiento que en las características de su propia naturaleza*”

• **Ley 26742, modificación a la ley 26529.**

Art. 1 inciso “e”: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. *“El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”.*

Art. 5 inc. “g”: *“El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.”.*

Art. 11. Directivas anticipadas: Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar

⁷¹ “¿Es factible encargarnos de nuestro propio proceso de muerte?” Consideraciones Médico Legales y Bioéticas. Dr. Omar Ángel Gabrielli.

determinados tratamientos médicos preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. La norma insta a la obligación del médico a aceptarlas, sin embargo, veda la posibilidad de que estas disposiciones sean del tipo “eutanasias”, las que en caso de haberse dispuesto se tendrán por inexistentes. Se trata de un concepto ligado a la eutanasia pero que consiste en la declaración escrita “testamento de vida” que efectúa una persona, en previsión de su eventual incapacidad sobreviniente -estado de coma irreversible, condición terminal etc...- en el cual ordena a los familiares y médicos “iniciar, continuar o discontinuar un tratamiento.”.

• **Art. 23 CCCN:** El Art. 23 del Código Civil y Comercial de la Nación establece que toda persona puede ejercer por sí misma sus derechos, con las excepciones que el mismo código reconoce. En este sentido, para nuestro ordenamiento jurídico, la regla es la capacidad de las personas: la posibilidad de ejercer los derechos de las que son titulares sin la intervención de terceros. Sin embargo, frente a situaciones en las que la capacidad del individuo para tomar decisiones racionales se ve disminuida, el paternalismo se presenta como una respuesta para evitar que las personas sigan cursos de acción contrarios a sus propios intereses⁷².

IX.- Antecedentes Provinciales

Caso de la Provincia de Río Negro

Río Negro resultó la primera provincia dentro del ámbito nacional que legisló en el año 2007 la “muerte digna”. A partir del dictado de la ley provincial N° 4264, toda persona que padecía una enfermedad irreversible en estado terminal tenía derecho a manifestar su rechazo a los procedimientos quirúrgicos, de hidratación, de alimentación y de reanimación artificial cuando éstos resultaban desproporcionados a las perspectivas de mejoría y producían dolor y sufrimiento⁷³.

La norma también reglamentó por primera vez en el país las famosas “directivas anticipadas” que habilitaban a una persona a que defina previamente los límites de los cuidados médicos que estaba dispuesta a recibir, en caso de recaer sobre sí una enfermedad de índole terminal⁷⁴.

⁷² Eutanasia y Autonomía, Colección de filosofía y derecho. P99.

⁷³ <https://www.diariojudicial.com/nota/60221/noticias/legalizando-la-ayuda-mortal.html>

⁷⁴ https://www.rionegro.com.ar/es-ley-la-muerte-digna-para-casos-irreversibles-KFRN_873090/

Caso de la Provincia de Neuquén

Neuquén fue la segunda provincia argentina que legalizó la “muerte digna”. Sus antecedentes se remiten a lo establecido al respecto en la Provincia de Río Negro que como se dijo, resultó la vanguardista al respecto. Es fundamental destacar, que sirvió como un importante precedente para estas dos provincias la ley dictada en el año 2004 en España que también reglamentó la figura”⁷⁵.

En el año 2008 la referida provincia dictó la “*Ley de Derechos y Obligaciones de los Pacientes*” que determinó en su artículo 4° que el paciente podía decidir, en etapas de lucidez, no prolongar su vida con métodos artificiales⁷⁶.

Asimismo la ley fundamentaba su posición refiriendo de manera expresa que: “...*El respeto por la vida corresponde al respeto por la muerte, los pacientes tienen derecho a decidir en forma previa, libre y fehaciente la voluntad de no prolongar artificialmente su vida a través de medios extraordinarios y/o desproporcionados y a que se reduzcan progresiva y/o irremediablemente su nivel de conciencia*”⁷⁷.

Por otro lado su art. 2 y en concordancia con lo establecido por la provincia de Río Negro, establecía que toda persona que padecía una enfermedad irreversible, incurable y se encontrara en estado terminal, o hubiere sufrido un accidente que la colocara en igual situación, informada en forma fehaciente, tenía 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.

Esta ley exigía el cumplimiento de ciertos requisitos para que proceder: En primer lugar, el paciente debía firmar un certificado de su puño y letra ante testigos para dejar en claro su deseo de interrumpir los tratamientos, lo que implicaba que en principio los familiares no podrían decidir ni firmar por el paciente. La ley planteaba una excepción a lo mencionado: se disponía que sólo en caso de imposibilidad física, el paciente debería designar a un pariente que firmará por él ante la presencia de un funcionario público, (pero resultaba fundamental distinguir que este familiar estaba autorizado tan sólo a cumplir con el acto formal de la firma y no a decidir sobre si llevar o no a cabo la muerte digna).

⁷⁵ <https://www.diariojudicial.com/nota/22149>

⁷⁶ <https://www.diariojudicial.com/nota/22945>

⁷⁷ https://www.clarin.com/sociedad/rio-negro-neuquen-muerte-digna_0_B1FrVhPQe.html

Sin embargo, en el caso D.M.A la CSJN⁷⁸ incluso admitió la desconexión de medios artificiales de vida, a un residente de Neuquén cuya directiva anticipada había sido dada informalmente a sus parientes para el supuesto de caer alguna vez en un estado similar al que padecía como consecuencia de un accidente automovilístico.

Congreso Nacional

El 9 de mayo del 2012 se sancionó en la República Argentina la mal llamada Ley de “muerte digna” (Ley 26742), que introdujo una serie de modificaciones a la ley 26529 “Ley de derecho de los pacientes”. Aunque no habilitaba el instituto de la eutanasia en sí, incorporó como ya se dijo, de manera literal las llamadas “directivas anticipadas” como una opción legalmente viable. Esta ley se promulgó de hecho el 24 de Mayo de ese mismo año y la misma dispuso en su artículo 11 que: *“toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”*.

X.- Aspectos Internacionales de la Bioética⁷⁹.

En el mes de octubre del año 2005 y con una colaboración activa de la Nación Argentina, en la 33^o Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la educación, ciencia y cultura (UNESCO) se creó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

La declaración define y clasifica entre otras cuestiones, los principios bioéticos básicos que han sido aceptados universalmente en anteriores declaraciones.

Fue un acto de significativa relevancia dado que se establecieron los estándares Bioéticos mínimos a cumplir, comprometiendo ello a la comunidad internacional.

⁷⁸ CSJN, 7/7/2015, “D.M.A s/declaración de incapacidad”, LL, 15/7/15

⁷⁹ Declaración Universal sobre la Bioética y Derechos Humanos https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/UNESCO_Bioetica_y_Derechos_Humanos_2005_unisabana.pdf

Entre los puntos más destacados de la declaración se advierten las siguientes recomendaciones:

- Respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- Respetar los intereses y el bienestar de la persona.
- Aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas.
- Respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.
- Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo **previo consentimiento libre e informado de la persona interesada**, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento deberá ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.
- Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberán ser protegidos y se deberá respetar la integridad personal de dichos individuos.
- La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberá respetarse. En la mayor medida posible, esa información no deberá utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.
- Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.
- Ningún individuo o grupo deberá ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.
- Se deberá tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y

las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

- Tener en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología.
- Garantizar el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.
- Se deberá promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se deberá procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.
- Se deberá entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.
- Se deberá promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

XI.- Actuales proyectos de Ley Nacionales en materia de Eutanasia

Si bien existen actualmente tres proyectos de ley Argentinos en materia de Eutanasia, a la fecha ninguno ha sido presentado en el Congreso Nacional para su tratamiento.

Los referidos proyectos se encuentran en cabeza de diferentes partidos, uno perteneciente al senador del “partido Radical” por la provincia de Mendoza, Julio Cobos; otro a la diputada “Radical” Brenda Austin y uno último motivado por el caso de “Alfonso Oliva” cuya referencia se hiciera al principio del presente, redactado por la diputada del “Frente de Todos” por la provincia de Córdoba Gabriela Estévez.⁸⁰

⁸⁰ <https://www.infobae.com/salud/2021/06/21/derecho-a-morir-3-proyectos-para-legalizar-la-eutanasia-en-el-pais-y-un-debate-etico-vigente-aun-en-pandemia/>

Sólo se logró dar con cierta información respecto al proyecto de ley del partido “Frente de Todos”, encabezado por la Diputada Cordobesa, Gabriela Estévez, que el especialista en emergentología y magíster en Bioética Carlos “Pecas” Soriano asesor de dicho proyecto informó al Diario digital Infobae.

Entre sus detalles, se definió que el proceso obligaría a la persona que pida la aplicación de la eutanasia, a pasar por una evaluación psicológica y por otra con un/a paliativista para asegurarse de que no esté atravesando una depresión.

Se supo también que su reglamentación establecería una serie de “pasos a seguir” desde que la persona hace el pedido hasta que se le autoriza -o no- la eutanasia.

No sería el mismo profesional médico el que evaluaría al paciente respecto a la aplicación del instituto, debería derivarlo a un médico consultor ajeno al equipo tratante, que analizaría el cuadro.

Con posterioridad el caso pasaría a una consejería formada por un grupo de paliativistas, bioeticistas, psicólogos, psiquiatras, etc... que corroborarían que se trate de una real decisión del paciente y no producto de un estado emocional pasajero.

En total, el proceso no debería llevar más de un mes de revisión. Y la iniciativa prevería la objeción de conciencia pero, al igual que la ley de interrupción voluntaria del embarazo, se establecería que si un médico se declara objetor debería garantizársele el derecho, es decir, que otro galeno sí lo realice.

La finalización intencional de la vida de un paciente a pedido de sí mismo, se llevaría a cabo mediante la “inyección de una sustancia letal, previo a la que se sedaría al paciente para que el procedimiento no resulte traumático”⁸¹.

XII.- Derecho comparado

Haré hincapié en algunos países que han contemplado la eutanasia dentro de su legislación en base a su respectiva evolución cronológica a los efectos de analizar sus diferencias y evaluar la relevancia analógica que pueda servir a la Argentina.

⁸¹ <https://www.infobae.com/salud/2021/06/21/derecho-a-morir-3-proyectos-para-legalizar-la-eutanasia-en-el-pais-y-un-debate-etico-vigente-aun-en-pandemia/>

Holanda⁸²

Holanda fue el pionero en legalizar la eutanasia, encontrándose regulada la figura en ese territorio desde el año 2002, incluso respecto a su comisión activa y directa. Se configuró como una causal eximente especial en el código penal holandés, por lo que el médico que termina con la vida del paciente a petición de aquel o que colabora en su “suicidio”, ahora queda exento de responsabilidad penal, siempre que haya cumplido con los requisitos legales de debida diligencia y notifique la muerte no natural a una “comisión regional de verificación de eutanasia”.

Esta comisión resulta quien debe velar por el control del cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley, ya que caso contrario, la misma si será punible.

En Holanda existen tres formas de declaración de intención respecto a la eutanasia. Con la primera, una solicitud de eutanasia, la persona puede establecer con detalle las circunstancias en las que preferiría que se le practicara el procedimiento. En este caso se trata de un deseo. La segunda, una prohibición de tratamiento, es un documento legal en el cual se puede señalar la cantidad de tiempo que se permitirá que continúe el tratamiento, por ejemplo, en el caso de un estado de coma. Por último, la confección de un poder general, mediante el cual un pariente o amigo es designado para que, junto con el médico, decida acerca del procedimiento a seguir cuando el paciente ya no esté en condiciones de hacerlo.

Le Legislación Holandesa establece los requisitos de diligencia que si se cumplen, no hacen punible la práctica de la eutanasia. Es decir, no es que la misma se encuentre habilitada en forma genérica, sino que si se cumplen ciertos requisitos el sujeto activo sería no punible.

Ellos son:

- Que el enfermo se encuentre sufriendo un padecimiento extremo y en un estadio terminal.
- Que al médico le conste la voluntariedad del sujeto.
- Que el sujeto pasivo de la práctica eutanásica o del suicidio asistido sea residente de ese país.

⁸² Sánchez, Miguel y Romero Lopez, A. “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación en Europa, Oregón y Australia”. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>

- Que el paciente se halle bien informado.
- Que se haya hecho una interconsulta en caso de sufrimiento psicológico.

Podrán solicitar la Eutanasia:

- Lo mayores de dieciocho años plenamente conscientes o que hayan expresado voluntades anticipadas.
- Menores entre dieciséis y dieciocho años plenamente conscientes o con voluntades anticipadas si los padres/tutores han participado en el proceso de toma de la decisión.
- Menores entre doce y dieciséis años, con madurez suficiente, si los padres/ tutores están de acuerdo con la decisión del menor.⁸³

Bélgica⁸⁴

Fue el segundo país del mundo en legalizar la eutanasia, tras el dictado de una ley el 28 de mayo del 2002, entrando en vigor el 23 de septiembre del 2002.

A través de la misma, se autorizó a los médicos a practicar la “muerte dulce” sin ser penalizados y siempre y cuando se cumpla con los requisitos y condiciones que la ley estipula.

El paciente deberá estar en condiciones de entender y de decidir al respecto. Además, deberá ser mayor de 18 años. El pedido que efectúe el paciente deberá ser voluntario, reflexionado y reiterado.

El médico deberá evaluar el estadio de la enfermedad e informar al paciente de manera completa y detallada acerca de las diferentes curas paliativas que ofrece la medicina. También se exige contar con una segunda opinión de galeno.

Finalmente, cualquier sujeto, este enfermo o no, puede suscribir una declaración anticipada para autorizar/habilitar a un médico a practicarle la

⁸³ Sánchez, Miguel y Romero Lopez, A. “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación en Europa, Oregón y Australia”. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>

⁸⁴ Sánchez, Miguel y Romero Lopez, A. “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación en Europa, Oregón y Australia”. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>

eutanasia si este se viera afectado por patologías graves e incurables. La declaración tiene una validez de cinco años.

No se hizo mención al suicidio asistido, ya que a diferencia de otros países europeos donde los Códigos Penales castigan el auxilio al suicidio a todos los efectos, el Código Penal Belga no lo hace y por este motivo, no se incluyó en la ley despenalizadora. Es decir que, la actuación de una persona que presta auxilio al suicidio en un contexto eutanásico (padecimiento/agonía insoportable, enfermedad irreversible o terminal a solicitud propia) no podría ser castigada por la justicia.

La ley belga ha ido aún más lejos que la holandesa, al permitir la eutanasia en casos de sufrimiento psicológico constante e insoportable y al no contemplar expresamente, como en el país vecino, que sólo los nacionales o residentes oficiales tengan derecho a acogerse a la eutanasia.

El médico tiene que:

- Realizar una interconsulta con otros galenos independientes que tienen que visitar al paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las valoraciones previas.
- Recopilar información del equipo cuidador.
- Informar al paciente sobre la existencia de otros cuidados de tipo paliativo.
- Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables.
- Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno/familia.
- Dejar pasar como mínimo el lapso de un mes entre la petición y la realización de la eutanasia.

Después de practicada la eutanasia, el médico tiene cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación (CFCE) la documentación completa que establece la Ley. La CFCE está formada por ocho médicos, cuatro de los cuales deben ser profesores universitarios, cuatro profesores universitarios de derecho y cuatro personas que provienen del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables⁸⁵.

⁸⁵Sánchez, Miguel y Romero Lopez, A. "Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación en Europa, Oregón y Australia". <https://derechoamorir.org/wp->

Menores de edad:

El Parlamento aprobó en el año 2014 la ley que habilita la práctica en niños que padecen enfermedades graves, terminales y que padecen dolores constantes e intratables. Se exige para su procedencia la autorización de los padres.

Luxemburgo⁸⁶.

Luxemburgo aprobó, en el año 2008, la ley A – N° 46, que reguló los cuidados paliativos, la eutanasia y asistencia al suicidio, lo que acarrió una modificación a la Constitución que hasta ese entonces regía en el país.

La nueva ley dispuso en su art. 2 la despenalización de la referida figura, habilitando a los médicos a responder favorablemente ante una petición de eutanasia o asistencia al suicidio cuando:

- el paciente es mayor de edad, capacitado y consciente en el momento de su demanda;
- la demanda se formule de manera voluntaria, reflexionada y, en su caso, repetida, no siendo resultado de una presión exterior.
- el paciente se encuentre en una situación médica sin solución y su estado sea de un sufrimiento físico o psíquico constante insoportable sin perspectiva de mejoría, resultante de una dolencia accidental o patológica.
- la demanda del paciente de recurrir a una eutanasia o a la asistencia al suicidio sea consignada por escrito.

El médico asimismo tendrá que:

- informar al paciente respecto de su estado de salud y de su esperanza de vida, estudiar con el paciente su demanda de “eutanasia” o “ayuda al suicidio” y evocar con él las posibilidades terapéuticas que fueren posibles, así como las que ofrecen los cuidados paliativos y sus consecuencias. Llegar al convencimiento de que la demanda del paciente es voluntaria y que a los ojos del paciente no hay ninguna solución aceptable en su situación. Las entrevistas serán registradas en

[content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf](https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf)

⁸⁶ <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>

el expediente médico, esta inscripción servirá de prueba de la información;

- asegurarse de la persistencia del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad expresada recientemente respectivamente y reiterada. A este fin, tendrá con el paciente varias entrevistas, espaciadas en un plazo razonable según la evolución del estado del paciente.
- consultar con otro médico lo relativo al carácter grave e incurable de la dolencia, precisando las razones de la consulta. El médico consultado, estudiara el expediente médico, examinara al paciente y se asegurara del carácter constante, insoportable y sin perspectiva de mejoría de su sufrimiento físico o/y psíquico. Redactara un informe con todo lo constatado. El médico consultado deberá ser imparcial, tanto ante el paciente como ante el médico de cabecera y deberá ser competente en lo que se refiere a la patología que sufre el paciente. El médico de cabecera informará al paciente sobre los resultados de esta consulta.
- salvo oposición del paciente, deberá intercambia sobre su demanda con el equipo médico que esté en contacto regular con el paciente, o con miembros del mismo.
- salvo oposición del paciente, deberá intercambiar sobre su demanda con la persona de confianza que hubiera designado en sus disposiciones de final de la vida o en el momento de su demanda de eutanasia o de ayuda al suicidio.
- asegurarse de que el paciente ha tenido la ocasión de intercambiar sobre su demanda con las personas que desee encontrarse.
- informarse ante la Comisión Nacional de Control y Evaluación si la disposiciones del final de la vida a nombre del paciente están registradas.

La demanda del paciente estará redactada en un acta por escrito. Este documento será redactado, fechado y firmado por el paciente. Si se encontrara en la imposibilidad física permanente de redactar y firmar su demanda, ésta será realizada por escrito por una persona mayor de edad de su elección. Esta persona mencionará el hecho de que el paciente no está en estado de formular su demanda por escrito indicando las razones. En este caso, la demanda se hace por escrito y la firma del paciente o la persona que ha redactado la demanda en presencia del médico de cabecera cuyo nombre deberá estar indicado igualmente en el documento. Este documento deberá ser anexado al expediente médico. El paciente

podrá revocar su demanda en todo momento, en este caso el documento será retirado del expediente médico y restituido al paciente. El conjunto de demandas formuladas por el paciente, así como las gestiones del médico de cabecera y su resultado, tales como el/los informes, del o los médico(s) consultado(s), serán recogidos en el expediente médico del paciente⁸⁷.

Colombia⁸⁸.

Colombia es el único país de América Latina donde se permite la Eutanasia. La Corte Constitucional en su sentencia C 239 de 1997 manifestó que el homicidio por piedad «es la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de otros», y que «doctrinariamente se le ha denominado homicidio pietístico o eutanásico».⁸⁹ Sin embargo no fue sino en el año 2014, y gracias a la sentencia T-970 de la Corte Constitucional que el Ministerio de Salud y Protección Social se vio obligado a elaborar un protocolo clínico que sirva como guía y se convierta en el referente a seguir para los médicos, ilustrando explícitamente las acciones conducentes a garantizar el procedimiento de eutanasia.

Así se crearon las “Recomendaciones sobre los procesos de evaluación que garanticen que el paciente tiene capacidad de solicitar la aplicación de la eutanasia”.

Requisito 1 – Condición médica: Se determinará la naturaleza de la enfermedad del solicitante (estado terminal). De acuerdo con la condición médica del solicitante, se establecerá en qué momento se esperaría la muerte (pronóstico) si la decisión de eutanasia no se llevara a cabo. Debe informarse y registrarse en la historia clínica si el paciente fue informado de esto y si se considera que haya comprendido su situación actual⁹⁰.

Requisito 2 – Evaluación del sufrimiento: Se establecerá la naturaleza y describirá el sufrimiento, determinando si es “intolerable” y si hay o no perspectiva de mejora. En esta valoración se reúne tanto la percepción del médico tratante (con

⁸⁷ <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>

⁸⁸ <https://www.ambitojuridico.com/noticias/constitucional-y-derechos-humanos/el-procedimiento-eutanásico-en-colombia>

⁸⁹ Wikipedia. <https://es.wikipedia.org/wiki/Eutanasia>

⁹⁰ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

las interconsultas o entrevistas que considere) como la expresión del solicitante, dando prelación a esta última⁹¹.

Requisito 3 – Inexistencia de alternativas de tratamiento o cuidado razonables: Para la condición médica no se proyecta que el paciente tenga opciones de mejoría y no existen alternativas de cuidado o tratamiento razonables. Debe indicarse cuáles terapias médicas ha recibido, incluyendo aquellas relacionadas con el manejo del sufrimiento, el dolor y los cuidados paliativos, así como los cambios logrados o no con su instauración. Debe determinarse que el paciente ha tenido acceso a un especialista en dolor y cuidado paliativo así como cualquier otro especialista que sea determinante para el tratamiento de su enfermedad. Debe registrarse en la historia clínica el proceso de información sobre las alternativas para aliviar el sufrimiento y lo que piensa o decide el paciente sobre estas alternativas⁹².

Requisito 4 – Persistencia en la solicitud explícita: El médico tratante valorará cuándo fue la primera vez que el paciente expresó su solicitud y si ésta se mantuvo en el tiempo (en el periodo legal mínimo de 25 días, sin perjuicio de los demás términos reglamentarios que se dispongan en la materia) o fue reiterada. El médico tratante establecerá si la solicitud es voluntaria, libre de la influencia de otros y complementará la evaluación con otros medios como conversaciones con el paciente o identificará la existencia de “voluntad anticipada” escrita o registrada en la historia clínica. Ministerio de Salud y Protección Social⁹³.

Requisito 5 – Evaluación de la capacidad para decidir: Un psiquiatra o psicólogo clínico/de la salud debe establecer la capacidad para tomar decisiones del solicitante y determinará si esa decisión fue bien considerada. Un psiquiatra o psicólogo clínico/de la salud debe establecer la afectación por trastornos mentales o la disminución de la capacidad para toma de decisiones. Esta evaluación debe ser prioritaria y previa a la presentación al comité⁹⁴.

⁹¹<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

⁹²<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

⁹³<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

⁹⁴<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

Requisito 6 – Segunda valoración: ⁹⁵El Comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad - o quien haga sus veces-, es el segundo evaluador que debe valorar los anteriores requisitos. Este Comité debe ser independiente del médico tratante (en especial, relación jerárquica), no debe haber atendido previamente al solicitante, y no debe tener relación personal/profesional con éste. En el caso de discordancia entre las dos valoraciones, el Comité consultará con otro profesional y reevaluará el caso.

Requisito 7 – Integridad de la evaluación: El médico tratante y el Comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad - o quien haga sus veces- deben basar su evaluación en la historia clínica, el documento escrito de solicitud, la conversación y examen clínico presencial del solicitante, y el diálogo con otros miembros del equipo tratante o de la familia, previa autorización del solicitante. Al solicitar la evaluación al Comité, el médico tratante debe realizar un resumen que incluya el objeto de la interconsulta. Se verificará que el paciente, su familia o cuidadores han sido informados de cada etapa del proceso y acompañados por psicología si es requerido⁹⁶.

Esta legislación resulta muy completa, incluso especifica qué tipo de medicación debería suministrarse al paciente con el fin de la práctica eutanásica estableciéndose que debería tratarse de Benzodiazepinas u Opioides o Barbitúricos o relajantes musculares⁹⁷.

La ampliación del derecho a acceder a la Eutanasia a enfermos no terminales y el caso de Martha Liria Sepúlveda.

El 22 de julio del 2021, la Corte Constitucional Colombiana resolvió con votos a favor de los magistrados Diana Fajardo, quien fue la ponente del fallo; Alejandro Linares, Gloria Ortiz, Antonio José Lizarazo, José Fernando Reyes y Alberto Rojas ampliar la aplicación de la figura en casos no terminales cuando el

⁹⁵<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

⁹⁶<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>

⁹⁷<https://www.ambitojuridico.com/noticias/constitucional-y-derechos-humanos/el-procedimiento-eutanastico-en-colombia>

peticionante se encuentre bajo circunstancias extremas, fruto de lesiones corporales o enfermedades incurables⁹⁸.

Martha Liria Sepúlveda, una mujer Colombiana de 51 años residente de la ciudad de Medellín, habría sido la primera persona Colombiana que recibiría la eutanasia bajo dichas circunstancias, siendo que hasta el momento y como ya se refirió el procedimiento sólo se encontraba habilitado para personas que tuvieran enfermedades terminales en un estadio avanzado⁹⁹.

Fue así que el 6 de agosto del 2021 la EPS Sura autorizó a la nombrada a someterse a dicho procedimiento tras su diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), enfermedad que le hace padecer dolores físicos de suma intensidad, aunque en su caso no llega a resultar terminal.

En diálogo con Noticias Caracol, Martha Sepúlveda refirió *“no quiero sufrir más, estoy cansada. Estoy literalmente sin fuerzas. Luchar qué. ¿Luchar? Lucho por descansar más bien”. Y agregó: “Dios no me quiere ver sufrir a mí y yo creo que a nadie. Ningún padre quiere ver sufrir a sus hijos”*¹⁰⁰.

Pese a que el procedimiento estaba programado para este domingo 10 de octubre del 2021 a las 7:00 am, Martha y su familia, quienes se habían preparado en los últimos días para el momento de su fallecimiento, recibieron la noticia de que el procedimiento había sido cancelado por parte de la IPS.

El Instituto Colombiano del Dolor, clínica en donde Martha Sepúlveda recibiría el procedimiento, informó que la intervención fue cancelada por la entidad luego de que el Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad determinara que: *“Al contar con un concepto actualizado del estado de salud y evolución de la paciente, se define que no se cumple con el criterio de terminalidad como se había considerado en el primer comité”*¹⁰¹, ante esta circunstancia el abogado de Martha Sepúlveda, Lucas Correa, señaló que se trata de una decisión arbitraria, pues *“la*

⁹⁸ <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/07/22/corte-constitucional-extiende-el-derecho-a-la-eutanasia-a-pacientes-no-terminales/>

⁹⁹ https://colombia.as.com/colombia/2021/10/10/actualidad/1633873431_855806.html

¹⁰⁰ <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/10/10/martha-sepulveda-la-colombiana-con-esclerosis-lateral-amiotrofica-que-tendra-que-seguir-luchando-por-morir-dignamente/>

¹⁰¹ <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/10/10/martha-sepulveda-la-colombiana-con-esclerosis-lateral-amiotrofica-que-tendra-que-seguir-luchando-por-morir-dignamente/>

están obligando a vivir una vida que ella no está dispuesta a seguir viviendo, con unos sufrimientos y dolores que juzga incompatibles con su idea de dignidad”¹⁰².

Finalmente, el 28/10/2021, un juez con jurisdicción en la ciudad de Medellín resolvió ordenarle al Instituto Colombiano del dolor que re programe una fecha para la realización de la práctica a la Sra. Sepúlveda¹⁰³.

Canadá¹⁰⁴

Tras la sentencia dictada en el caso “Carter vs. Canadá” del año 2015 en el que la Corte Suprema reconoció que la prohibición de aplicar la eutanasia y el suicidio asistido en determinados casos resultaba violatorio del artículo 7 de la Constitución Nacional, el gobierno canadiense presentó un proyecto de ley identificado como C-14 en abril del año siguiente, el que fue finalmente aprobado habilitándose la institución, es decir eximiendo de responsabilidad penal al sujeto activo bajo las siguientes circunstancias:

Ley C 14

Esta ley modificó el Código Penal con el fin de crear exenciones a los delitos de homicidio, de ayuda al suicidio y de administración de sustancias tóxicas, a fin de permitir que médicos y enfermero/as provean asistencia médica para morir, y que farmacéutico/as y otras personas puedan colaborar en el proceso.

El artículo 14 del Código Penal estableció lo siguiente:

Exención – ayuda médica a morir: Ningún profesional médico o enfermero será imputable de homicidio por el hecho de prestar asistencia médica para morir a una persona conforme al artículo 241.2.

Exención – persona que ayuda al médico o al enfermero: No será imputable de homicidio quien auxilie de cualquier modo a un médico o enfermero/a a prestar asistencia médica para morir a una persona conforme al artículo 241.2.

Aconsejar el suicidio o ayudar al suicidio: Es culpable de un delito grave penado con un máximo de 14 años de prisión quien, con independencia de que se produzca el suicidio o no, Ley de eutanasia de Canadá (Traducción por DMD)

¹⁰² https://colombia.as.com/colombia/2021/10/10/actualidad/1633873431_855806.html

¹⁰³ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-59072795>

¹⁰⁴ <https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Canada.pdf>

Dossier sobre la eutanasia Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente 12/2016 Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente Pta. del Sol 6 - 3° Izda www.eutanasia.ws 4 (a) aconseje a una persona que se suicide o la incite a darse muerte, o (b) ayude a una persona a suicidarse. **No comete el delito definido en el párrafo (1) (b) el médico o enfermero/a que proporciona la asistencia médica para morir a una persona, de acuerdo con el artículo 241 (2).**

Exención para la persona que ayuda al médico a al enfermero/a: Nadie puede ser declarado cómplice del delito definido en el párrafo (1)(b) por lo que haya hecho con el propósito de ayudar a un médico o enfermero para prestar asistencia médica para morir a una persona de conformidad con el artículo.

Exención para farmacéuticos: No será imputable por el delito definido en el párrafo (1)(b) el farmacéutico que dispense una sustancia a una persona que no sea ni médico ni enfermero, si lo hace en conformidad con la prescripción escrita de un médico o enfermero para prestar asistencia médica para morir de acuerdo con el artículo.

Exención para las personas que ayuden al paciente: No será imputable del delito del artículo (1)(b) a quien, a petición expresa de otra persona, la ayude a auto-administrarse una sustancia que le ha sido prescrita como parte de la prestación de asistencia médica para morir conforme el artículo 241.2.

Asistencia médica para morir: El art. 241.1 la define como la administración por un médico o enfermero de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o (b) la prescripción o suministro por un médico o enfermero de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda auto-administrársela causando su propia muerte.

- Médico: persona legalmente habilitada para practicar la medicina.
- Enfermero: persona legalmente habilitada para practicar la enfermería y formular diagnósticos de manera autónoma, ordenar e interpretar pruebas analíticas, administrar sustancias y tratar pacientes.
- Farmacéutico: persona legalmente habilitada para practicar la profesión de farmacéutico. Criterios de admisibilidad a la ayuda médica para morir

Requisitos para recibir esta asistencia:

- a) Ser admisible – o poder serlo si no existiese el tiempo mínimo de residencia exigido o de espera aplicable – a recibir cuidados sanitarios financiados por el Estado en Canadá;
- b) tener al menos 18 años de edad y ser capaz de tomar decisiones con respecto a su salud.
- c) padecer problemas de salud graves e irremediables.
- d) haber requerido voluntariamente la asistencia médica para morir, sin sufrir presiones externas;
- e) prestar consentimiento informado para recibir la ayuda médica para morir.

Requisitos de la petición:

- La solicitud de ayuda médica para morir debe hacerse por escrito, fechada y firmada por dicha persona o por otra de las mencionadas en el párrafo.
- Debe estar fechada y firmada después de que la persona haya sido informada por un médico o enfermero de que su muerte natural es, dado su situación médica en conjunto, razonablemente previsible.
- Se debe suscribir en presencia de dos testigos independientes que también hayan fechado y firmado la solicitud.
- El solicitante debe haber sido previamente informado de que puede desistir de dicha solicitud en cualquier momento.
- Debe contar con la opinión de otro médico “independiente” quien por escrito debe confirmar que la persona reúne todos los requisitos establecidos en el párrafo (1).
- Deberán transcurrir al menos 15 días entre el momento en el que la solicitud ha sido firmada por la persona y el día en el cual la ayuda médica para morir sea prestada¹⁰⁵.

España

El 24 de marzo del 2021 se promulgó en España la Ley Orgánica 3/2021 que legalizó y reguló el derecho a la eutanasia en el conjunto del territorio español.

El texto fue aprobado en el Congreso el 18 de diciembre de 2020, la legislación recibió la luz verde en Diputados con 202 votos a favor de la izquierda,

¹⁰⁵ <https://derechoamorar.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Canada.pdf>

centro y regionalistas; 141 en contra, de la derecha y la extrema derecha, y dos abstenciones, señaló la agencia de noticias AFP¹⁰⁶.

La ley pasó por su último trámite en el Congreso el 18 de marzo de 2021, donde fue aprobada definitivamente. El texto incluyó su entrada en vigor tres meses tras su publicación en el Boletín Oficial del Estado¹⁰⁷.

El referido remedio será viable cuando una persona padezca una enfermedad grave e incurable, o un padecimiento crónico e imposibilitante¹⁰⁸, que suponga una pérdida mayor de la autonomía y que provoque un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable. El paciente podrá solicitar ayuda para poner fin a su vida así aquel fuere deseo bajo condiciones a cumplir. La ley describe que cuando una persona que se halla en una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, deben ponderarse la integridad moral y física, la dignidad o la libertad, citando que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad de la persona y que el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica para llevar a cabo la eutanasia¹⁰⁹: *“Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley”*¹¹⁰.

El texto indica que toda persona mayor de edad y de nacionalidad española, que posea residencia legal o certificado de empadronamiento que acredite al menos doce meses de permanencia en España tiene derecho a acceder a este derecho. Se debe tratar de una enfermedad grave, que implique la pérdida de autonomía e incurabilidad del sujeto, quien debe estar en capacidad de tomar la decisión de forma autónoma, consciente, informada y sin presión de terceros.

El texto de la norma prevé que las peticiones deben perfeccionarse por escrito, con fecha y firma del paciente tras haber sido informado por el equipo sanitario a su cargo, que deberá dejar constancia en la historia clínica de que dicha información ha sido integrada y comprendida. De no encontrarse en una situación

¹⁰⁶ <https://www.telam.com.ar/notas/202103/547851-espana-eutanasia-suicidio-asistido.html>

¹⁰⁷ <https://www.telam.com.ar/notas/202103/547851-espana-eutanasia-suicidio-asistido.html>

¹⁰⁸ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-46288 Art.3

¹⁰⁹ https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_Org%C3%A1nica_de_Regulaci%C3%B3n_de_la_Eutanasia

¹¹⁰ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-46288 Art.13

plenamente capaz y consciente de tomar tal decisión, la eutanasia puede igualmente aplicarse si el paciente lo ha reflejado por escrito en un testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos. El paciente tiene, asimismo, la posibilidad de revocar su decisión en todo momento del proceso¹¹¹.

XIII.- Conclusión

Al interrogante que dio origen al presente trabajo; es decir si resulta o no procedente la legalización de la eutanasia en la legislación argentina, la respuesta correcta es que a mi entender para que la misma pueda considerarse viable, deben modificarse algunos preceptos que al día de hoy atracan su correspondiente implementación.

Uno de los grandes obstáculos a los que me refiero tiene que ver con la ligadura que existe entre el estado y el culto católico, el que incluso como ya desarrollamos durante el presente trabajo, se encuentra sostenido y proclamado por nuestra carta magna en su Art. 2.

La religión católica como ya se adelantó “ut supra” se ha manifestado durante siglos en contra de la legalización de eutanasia. Esta noción de “vida” como elemento sagrado e indisponible pone un límite ético a los estados fieles que respetan sus lineamientos. Desde esta perspectiva, no resultando una atribución humana la de “quitar” la vida sino una cuestión divina, cualquier discusión respecto al tema se torna inadmisibile.

Aun pese a estos parámetros, en ocasión de investigar para la producción del presente trabajo di con un artículo periodístico que me resultó sorprendente. La nota se publicó hace años atrás y reveló los resultados de un sondeo que se realizó a los médicos del CEMIC en el año 2002 sobre eutanasia y suicidio asistido. En la misma se entrevistó a 120 médicos de los cuales el **26% de ellos confesó que ya había aplicado una o más veces alguna de estas técnicas en cuestión**. Asimismo arrojó que el 63% de los profesionales estaría de acuerdo con que la eutanasia fuere legalizada¹¹².

Estos valores multiplicados por el porcentaje de médicos registrados a nivel nacional revela que existiría una excesiva cantidad de casos en los que la práctica se realiza de manera clandestina, eso incluso sin considerar en el cálculo a aquellos

¹¹¹ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-46288 Art. 5

¹¹² <http://www.protectora.org.ar/bioetica/eutanasia-un-debate-pendiente-en-la-argentina/533/>

profesionales que durante la entrevista mintieron por miedo a posibles represalias, o por simple vergüenza.

Lo referido dejó en evidencia la extrema necesidad que existe de debatir de manera seria la cuestión, más allá de la dogmática de la ética, desde la necesidad que evidentemente surge en el día a día de los médicos y pacientes que se hallan en el marco de la sala de cuidados intensivos de un centro hospitalario.

Entiendo que nuestro tibio abordaje sobre el tema en el Congreso Nacional ha habilitado al desarrollo de estas prácticas “por izquierda”, pero de esta manera se pierden de vista los graves riesgos que implica la realización de las mismas de esta manera espuria, bajo la falsa imagen de un estado que respeta la vida como un valor incuestionable.

Como bien sabemos, el control, asistencia y cuidado de un enfermo terminal implica el expendio de una serie de gastos que obviamente resultan más onerosos que el suministro de una droga letal. Esta cuestión deja al paciente en un lugar de desprotección absoluta, pues tratándose la medicina de una ciencia con conceptos extremadamente técnicos y un lenguaje básicamente encriptado, resulta difícil tanto para el enfermo como para su familia advertir maniobras falsas o informaciones mal dadas a los efectos de abaratar costos de obras sociales o prepagas.

No puede dejarse de lado también que la mencionada encuesta arrojó un resultado de un 63% de médicos que se encontrarían a favor de que se legalice la figura referida. No puede negarse a la hora de evaluar la cuestión que la opinión de los profesionales de la salud resulta “calificada” a los efectos de dirimir el punto. ¿Por qué?, porque son ellos quienes día a día resultan compañeros, participes, y confesores en primera persona de los testimonios de los enfermos terminales, que agonizan, que reclaman, que padecen los dolores que una enfermedad de este tipo acarrea.

Ahora bien a nivel jurídico el derecho a la vida se encuentra dentro de los denominados “derechos personalísimos” y de él se desprende el derecho a la integridad corporal, es decir el derecho que posee un sujeto sobre su propio cuerpo. Este derecho se encuentra internamente ligado con la ya referida “autonomía de la voluntad del paciente”, que a la luz de los principios de la bioética, lo habilitan tomar las decisiones pertinentes respecto de su salud.

Asimismo, a la luz del Art. 19 de la Constitución Nacional y las repetidas interpretaciones que realizó la Corte Suprema de Justicia sobre el texto de la norma

quedo zanjado que el estado encuentra un límite en su jurisdicción respecto a las acciones privadas de los hombres, y que solo puede regular legítimamente sobre la moral de las conductas relacionadas con terceros.

En lo que respecta a mi opinión considero que el derecho a la vida no debe interpretarse de manera restrictiva. A la luz del artículo 33 de nuestra Carta Magna, de los tratados internacionales a los que le otorga jerarquía constitucional en su artículo 75 inciso 22 y de estos “derechos personalísimos” antes mencionados, a mi criterio la “muerte digna” es un extremo fundamental a la hora de fomentar una “vida digna”. Es la otra cara de la misma moneda, una pieza fundamental que encastra como la figura que completa un rompecabezas.

El artículo 2 inciso c de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos establece que se debe “*promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos*”. Y en el mismo orden de ideas, el artículo 3 inciso 1 de dicha Declaración constituye que “*se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales*”.

Asimismo no puede dejar de destacarse que el derecho a la vida ha adquirido un absolutismo tal que ha acarreado paradójicamente la obligación de cargar con ella a cualquier precio y bajo cualquier circunstancia. Resulta también algo contradictorio e irrazonable que no hallándose la figura del “suicidio” per se penalizada en nuestro cuerpo normativo si se pretenda penar “el suicidio con ayuda”, aun pudiéndose cumplir con todos los recaudos que ameriten efectuarse a los efectos de certificar el real consentimiento del enfermo en cuestión. Este extremo resulta no sólo injusto sino también inequitativo, lo que genera una desigualdad inadmisibles a la luz del artículo 16 de nuestra Constitución Nacional.

Entiendo que la reciente legislación respecto a la “ley de muerte digna” y de las “directivas anticipadas” puede considerarse un avance respecto a la temática, pero considero que le debemos a nuestros enfermos terminales la realización de un debate realmente serio y comprometido a los efectos de asegurar el cumplimiento de todas las garantías que hacen al desarrollo de una vida y muerte digna.

Finalmente quiero hacer hincapié en que considero que el modelo Colombiano que legalizó la figura recientemente, resultaría un eventual ejemplo a seguir en caso de que nuestro congreso resolviera autorizar las prácticas eutanásicas. A mí entender desarrolló su normativa de manera tan minuciosa y

dotada de detalle que no dejó libradas al azar cuestiones que habiliten arbitrariedades médicas u económicas de ningún tipo.

XIV.- Bibliografía consultada

Fuentes Doctrinarias:

- ALARCON, Doris Silva “La eutanasia, aspectos doctrinarios y legales”. Cuadernos de Estudio. Centro de estudios biojurídicos, en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14691936/la-eutanasia-aspectos-doctrinarios-aspectos-legales-inicio>
- AMARO, María del Carmen. Lic. Lemus, Ángela y Otros. “Principios básicos de la bioética”. Revista Digital Cubana de enfermería 1996 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-031919960001000066
- BACIGALUPO MARÍA, MUNZIO DELIA, artículo “Eutanasia. Límites de la experimentación”, 2005 en: <http://www.saij.gob.ar/doctrina/daoc050034-bacigalupoeutanasia limites experimentacion.htm?bsrc=ci>
- BEACHAMP Tom L., CHILDRESS James F. “Principles of Biomedical Ethics”, 5th edición, 2002.
- BLANCO, Luis Guillermo ““Homicidio piadoso, eutanasia y dignidad humana” La Ley, 1997-F-509.
- CESPEDES, Tomás Agustín “Eutanasia y autonomía” Editorial Astrea, Edición año 2020, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. P. 18, 21, 38, 78, 98 (...)
- FERRERO, María. Dra. Molina Rodríguez, Luzcarin y Otros. “La bioética y sus principios”. Volumen 42 N° 2. 2009. Citado en CASTILLO, A. (1999). “Principios, Normas y Obligaciones del médico”. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Modulo N° 1, Caracas. Páginas 235-245.
- GABRIELLI, Ángel Omar. “¿Es factible encargarnos de nuestro propio proceso de muerte?” Consideraciones Médico Legales y Bioéticas.
- GHERARDI, Carlos. “Soporte vital y terapia intensiva. Muerte Intervenida”. Vida y Etica, Año 10, n°2, Diciembre 2009.

- MACIA GOMÉZ, Román “Concepto legal de muerte digna”, 2008 en <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2019/04/doctrina47513.pdf>
- MARTINEZ LOPEZ, María: “Respuesta a los argumentos más frecuentes a favor de la eutanasia. Eutanasia: catálogo de mitos”, en: <http://www.muertedigna.org/textos/euta76.htm>
- MOURELLE DE TAMBORENEA, Cristina: “Fallo comentado: Juzg. en lo Crim. y Corr. N. 1 de Transición de Mar del Plata 25/07/2005”. LLBA 2005-10-1086
- PARREIRAS REIS DE CASTRO, Mariana, CAFURE ANTUNES Guillherme, PACELLI MARCON, Livia María, SILVA ANDRADE, Lucas, RUCKL, Sarah, ANGELO ANDRADE, Vera Lucía. “Eutanasia y Suicidio Asistido en países occidentales: una revisión sistemática”.
- RODRIGUEZ, W. (2004). “Apuntes Bioéticos desde el campo de la salud-Odontología”. Caracas. Citado en FERRERO, María. Dra. MOLINA RODRIGUEZ, Luzcarin y Otros. “La bioética y sus principios”. Volumen 42 N° 2.
- SANCHEZ, Miguel y Romero Lopez, A. “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación en Europa, Oregón y Australia”. <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>
- -“La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial”. Documentos Mc. Director URTEAGA, Jesús Congregación para la doctrina de la fe, Decl. Iura et bona, sobre la eutanasia (05/05/1980). 3° Edición, Editorial Palabra. P.13.
- -YOUNG, Robert, “Medically assisted death”, Cambridge, Cambridge University, Año 2007. P.17.

Otras fuentes informativas:

- Consenso sobre recomendaciones acerca de la limitación del soporte vital en terapia intensiva. Comité Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. Dres. María Althabe, Gustavo Cardigni, Juan Carlos Vasallo, Marcela Codermatz, Clelia Orsi y Adrián Saporiti (Redactores), Allende Daniel, Bartroli Alicia, Boada Nancy, Carca Silvina, Casella Elba, Debaisi Gustavo, Garcia Roig Cristian, Goldschimdt Sergio, Gutiérrez Jorge, Imaz Mario, Martín Susana, Menzella Juan Manuel, Michelini Alicia, Oliva Guillermo, Ovejero Mónica, Palladino Claudia,

Paradelo Mauricio, Perotti Alicia, Rivello Graciela, Stefsnic María, Tripoli de Principi María Elena, Tomssone Roberto, Veronesi Ricardo, Vieyra Marcela, Yunis Alicia .

- Congregación sobre la Doctrina de la Fe, Declaración sobre el aborto procurado (18/11/1974) en <http://www.clerus.org/bibliaclerusonline/es/flx.htm>
- Diario digital BBC News “Martha Sepúlveda: un juez en Colombia ordena que se re programe la eutanasia de la paciente” en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-59072795>
- Diario Digital “Infobae” publicaciones del 22/07/2021. Titular: “Corte Constitucional extiende el derecho a la eutanasia a pacientes no terminales” en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/07/22/corte-constitucional-extiende-el-derecho-a-la-eutanasia-a-pacientes-no-terminales/>
- Diario Digital “Infobae” publicaciones del 10/10/2021. Titular: “Martha Sepúlveda: la colombiana con esclerosis lateral amiotrófica que tendrá que seguir luchando por morir dignamente” en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/10/10/martha-sepulveda-la-colombiana-con-esclerosis-lateral-amiotrofica-que-tendra-que-seguir-luchando-por-morir-dignamente/>
- Diario Digital “As”, nota del 10/10/2021 por Antony Galindo. Titular: “Caso Martha Sepúlveda: por qué se ha cancelado el procedimiento de eutanasia y que reacciones ha provocado” en: https://colombia.as.com/colombia/2021/10/10/actualidad/1633873431_855806.html
- Diario Digital “Ámbito jurídico” Título: “El procedimiento eutanásico en Colombia”. 19/05/2017, en: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/constitucional-y-derechos-humanos/el-procedimiento-eutanastico-en-colombiaa>
- Diario Digital “Ámbito jurídico” Título: “El procedimiento eutanásico en Colombia”. 19/05/2017, en: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/constitucional-y-derechos-humanos/el-procedimiento-eutanastico-en-colombia>
- Diario Digital “Ámbito jurídico” Título: “El procedimiento eutanásico en Colombia”. 19/05/2017, en:

- <https://www.ambitojuridico.com/noticias/constitucional-y-derechos-humanos/el-procedimiento-eutanastico-en-colombia>
- Diario Digital “Diario Judicial” Título: “Legalizando la ayuda mortal” en:
<https://www.diariojudicial.com/nota/60221/noticias/legalizando-la-ayuda-mortal.html>
 - Diario Digital “Diario Judicial” Título: “Sólo se trata de morir” en:
<https://www.diariojudicial.com/nota/22945>
 - Diario Digital “Río Negro” Título: “Es ley la muerte digna para casos irreversibles” en: https://www.rionegro.com.ar/es-ley-la-muerte-digna-para-casos-irreversibles-KFRN_873090/
 - Diario Digital “Clarín” Título: “Río Negro y Neuquén, dos antecedentes a la ley de muerte digna” en:
https://www.clarin.com/sociedad/rio-negro-neuquen-muerte-digna_0_B1FrVhPQe.html
 - Diario Digital Agencia “Telam” en
<https://www.telam.com.ar/notas/202103/547851-espana-eutanasia-suicidio-asistido.html>
 - Diccionario digital Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española: <https://dle.rae.es/eutanasia>
 - Wikipedia, Enciclopedia Digital libre:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Portada>
 - Página Web: “Observatorio de bioética. Instituto Ciencias de la Vida”. Titular: “La eutanasia en la Alemania Nazi”. Autor: TENLLADO MATOSES, Pedro Pablo. Universidad Católica de Valencia en:
<https://www.observatoriobioetica.org/2018/03/la-eutanasia-en-la-alemania-nazi/27145>
 - Página Web “Made for minds”. Titular: Vaticano: la eutanasia "es un crimen contra la vida humana" 22/09/2020, en:
<https://www.dw.com/es/vaticano-la-eutanasia-es-un-crimen-contra-la-vida-humana/a-55020071>
 - Página Web. Titular: “Conceptualización y objetivos de la bioética aplicada a la sustentabilidad biológica” 22/05/2013, en:
<https://conocimientosweb.net/dcmt/ficha6043.html>
 - -Página Web Universidad de Barcelona, trabajos publicados en:
<http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/4.htm>

- -Página Web UBA ciencias médicas en: <https://www.fmed.uba.ar/index.php/titulos/texto-de-juramento>
- -Página Web Sociedad Española de Cuidados Paliativos: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal
- Página web Conicet: <https://www.conicet.gov.ar/creencias-valores-y-actitudes-en-la-sociedad-argentina/>

Fuentes Normativas

- Código Civil y Comercial de La nación
- Código de derecho canónico en <https://es.catholic.net/op/articulos/26966/cat/612/el-quinto-mandamiento-no-mataras.html#modal>
- Código penal de la Nación Argentina en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>
- Constitución Nacional en: https://www.google.com/search?q=constitucion+nacional+infoleg&rlz=1C1UUXU_esAR963AR963&oq=constitucion+nacion&aqs=chrome.69i57j0i67j0i433i512l2j0i20i263i512j46i512j0i67j69i60.7699j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- -Declaración Universal de Derechos Humanos: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Declaración Universal sobre Bioética y DDHH. (Unesco) en: http://portal.unesco.org/es/ev.phpURL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- “Del cuidado del paciente incurable” Capitulo 33.pdf (ama-med.org.ar)
- Ley sobre los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado de la Nación en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- -Ley de Eutanasia Canadiense, en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Canada.pdf>
- Ley A-N46 Luxemburgo en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>

- Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España, en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628
 - Protocolo de aplicación de la eutanasia en Colombia en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
-