

LEY HOLANDESA DE ‘TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA’ NUESTRA CONSIDERACIÓN ACERCA DE LA EUTANASIA

Armando S. Andruet (h)

Miembro de Número de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba
y Titular de Filosofía del Derecho en la Universidad Católica de Córdoba (Argentina)

Sumario:

- I- Consideración previa
- II- Los antecedentes legislativos y los conceptos sociales
- III- Aproximación en conjunto a la Ley Holandesa 26691
- IV- Breve exégesis de las “definiciones” (art. 1)
 - A. El médico y la ciencia médica
 - B. La acción terapéutica de dar muerte al paciente
- V. Comentarios a los “requisitos de cuidado y esmero profesional” (art. 2)
 - A. Petición voluntaria y meditada
 - B. Dolor insoportable sin mejora ulterior
 - C. Información al paciente de la situación
 - D. Inexistencia de otra solución razonable
 - E. Consulta y visita por un médico extraño
 - F. Matar con el máximo cuidado y esmero profesional
- VI. Anexo: Ley Holandesa 26691

I.- CONSIDERACION PREVIA

En primer lugar puede parecer de extraña razonabilidad, que nos tengamos que ocupar de una ley de los Países Bajos –República de Holanda-, por lo tanto extranjera y que formalmente se nomina: “Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio”²⁹³, cuando en rigor de verdad en nuestra legislación nacional no es menor el volumen legislativo existente, como así tampoco los

²⁹³ Cfr. art. 24.

temas que en ellas se tratan con particular interés en los que hacen a la relación nuclear del mismo derecho no ya con el hombre, sino con la vida misma del hombre²⁹⁴ que como tal, se inscribe en la misma sustancialidad del derecho como conducta recta que es²⁹⁵.

La explicación, aunque huelga el tener que señalarlo es la triste originalidad que ella como tal propone y que le otorga una singular valencia dentro del mundo de las normas jurídicas, y que aún teniendo una obvia competencia territorial intrascendente para nuestra República, no podemos dejar de advertir, que ha impuesto de una reflexión en prácticamente todas las comunidades jurídicas internacionales, sean ellas para aprobarla o reprobarla. Mas parece que en verdad, lo que no se puede asumir es un estado de pasividad intelectual.

No dudamos y sin que ello importe arrogarnos aptitudes que puedan ser consideradas propias de clarividentes o alguna cuestión semejante que algunas otras comunidades encontraran valiosas algunas -o todas- las conclusiones de

²⁹⁴ Sólo por citar un antecedente, por este tiempo se ha sancionado en el ámbito de la Cámara de Diputados de la Nación, la ley de Salud Reproductiva que tal como se puede advertir de la misma discusión parlamentaria, han sido severamente cuestionados en ella elementos vitales de la misma cosmovisión que los hombres tienen no sólo de sus mismos derechos subjetivos y reproductivos, sino de su miramiento a lo propiamente trascendente que en cada uno de los mismos existe.

²⁹⁵ Lo cual hace en rigor de verdad pensar, que no se puede continuar ignorando a veces en la legislación, cual perspectiva antropológica subyace lo cual a la vez, traslada el problema a una definición anterior, como es la propiamente ideológica filosófica.

la nombrada ley²⁹⁶ y por lo cual también, las consideraciones que hagamos a la ley holandesa resultarán extensibles a las que, en términos generales se puedan dictar sobre la matriz de la anteriormente citada²⁹⁷.

II.- LOS ANTECEDENTES LEGISLATIVOS Y LOS CONTEXTOS SOCIALES

Resulta de una inocultable evidencia que los hechos sociales son en la mayoría de las oportunidades, aquellos que potencian los cambios legislativos; son sin mas los nombrados acontecimientos históricos la causa eficiente de la misma sanción normativa ulterior. El legislador no regula en abstracto, sino que con buena lógica, lo hace sobre los hechos sociales que como tal, resultan ser relevantes socialmente.

²⁹⁶ De hecho que hemos tomado reciente conocimiento que en Bélgica se ha presentado una ley para despenalizar la eutanasia, cuyo texto borrador al menos todavía transita tres ejes principales: la despenalización parcial de la eutanasia propiamente, la creación de una Comisión Federal de Evaluación y seguimiento de la ley, una sección importante que asegure la existencia de los cuidados paliativos.

²⁹⁷ Se puede señalar al sólo modo informativo; que con antelación a la ley holandesa en el año 1996 el estado australiano de Territorio del Norte sancionó una ley de suicidio asistido; que en rigor de verdad fuera la primera en el mundo. De cualquier manera corresponde señalar, que durante el año siguiente el Parlamento Federal la revocó a ella; en gran medida ello es debido a que la misma Asociación Médica Australiana, la Iglesia Católica y grupos étnicos en particular, se promovió un pleito ante el mismo Tribunal Supremo de Darwin en el nombrado Territorio del Norte. Se puede leer su texto completo y además un excelente comentario crítico a ella, efectuada por Luis F. Niño en *Cuadernos de bioética*, N° 1 (1997) pág. 219-238).

Además, en los EE.UU., el estado de Oregon desde el mismo año 96 se permite el suicidio asistido por médicos para los pacientes terminales. Finalmente no se puede ocultar, que existen otros países –Suiza, Colombia, Bélgica- que como tal toleran la práctica eutanásica aunque no la hayan legalizado propiamente.

Una perspectiva relativamente completa del estado de la legislación vinculada con la temática de la eutanasia, puede ser consultada en Diez Ripolles, J. y Muñoz Sánchez, J.; *El tratamiento jurídico de la eutanasia, una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996. A su vez una síntesis de ella, puede ser leída en Hidalgo, S.; *La frontera de la vida: muerte digna y eutanasia ¿nuevas alternativas del siglo XXI?* en Revista La Ley Actualidad N° 70 (1999), Bs.As., Diario del 13.VI.99.

El dilatado periplo de la fijación del derecho²⁹⁸, se inicia con los supuestos fácticos aislados, luego la generalización de ellos que como consecuencia trae, modo erráticos en la jurisprudencia de responder a los mismos para que luego de la ulterior pacificación de la jurisprudencia, se logre algún tipo de cristalización general de la respuesta en la ley misma. La pregunta sería, ¿Porqué escaparía a tal periplo la ley que ahora nos ocupa?. No hay razón. Los contextos sociales y económicos de Holanda en alguna manera, resultaban ya proclives a dicha solución legislativa y en verdad también hay que decirlo, desde algunos años atrás, existía respecto al tema nodal de la ley y que luego avanzaremos, una cierta posición tomada en cuanto a su asimilación²⁹⁹ por parte de la comunidad médica y también judicial³⁰⁰. De manera que la norma, ha venido una vez más, a consolidar conductas, comportamientos y realizaciones sociales existentes con anterioridad³⁰⁰.

Nos permitimos señalar dicho aspecto, porque la votación que en el Senado consolidó el nombrado texto legisla-

²⁹⁸ No puede dejarse de recordar la extraordinaria obra de Guzmán Brito, A.; *La fijación del derecho*, Santiago, Universidad Católica de Valparaíso, 1977.

²⁹⁹ Desde el punto de vista jurisprudencial, se puede reconocer una evolución de ella en el tema tanto de la eutanasia como del suicidio asistido, particularmente desde los antecedentes de la misma Corte de Rotterdam del 1.XII.81. Una síntesis de dicha línea de pensamiento jurídico forense, puede ser leída en Gevers, J.; *El suicidio médicamente asistido y la justicia holandesa en Bioética*. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada, Bs.As., Sudamericana, 1998, pág. 297 y ss, Coordinaras Luna, F. y Salles, A.

³⁰⁰ No se puede ocultar que ha tenido una vigencia sumamente gravitante para el resultado normativo en cuestión, la conocida Asociación Holandesa que promueve la eutanasia voluntaria (Nederlandse vereniging voor Vrijwillige Euthanasie - Nvve) que como tal, ha sido altamente operativa a sus efectos finales, logrando instalar una para nada despreciable estrategia asentada en que la preocupación es afirmar y bregar la misma 'calidad de vida' y por lo cual, la solución final individual es en el caso, una realización claramente humanitaria.

Además de ello la mencionada Asociación no duda en tratar de marcar ciertos rasgos sociológicos diferenciadores en la sociedad de los Países Bajos y que como tal, habrían gravitado en modo activo para el resultado legislativo, entre ellos apunta: La alto cobertura médica que existe en la sociedad holandesa, que supera el 95% de la población, afectada a una medicina privada; La medicina y cuidados paliativos altamente desarrollados y una Excelente relación medico-paciente (vide www.euthanasia.org).

En realidad la existencia de dichas Asociaciones es muy fuerte a nivel internacional, al grado tal, que se encuentran hoy federadas. Se pueden agregar a la nombrada, como principales las siguientes: en EE.UU. The Hemlock Society y también The Society for the Right to Die, en Francia la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad y en Gran Bretaña The Voluntary Euthanasia Society.

tivo -con 46³⁰¹ votos a favor y 28 en contra, sobre un total de 75 bancas - y que había sido aprobada en el mes de noviembre del año 2000 en Diputados -104 votos contra 40-; pues recoge en términos generales los no menores lineamientos que en dicha temática habían sido sugeridos ya en el año 1990 por el mismo Fiscal General de Holanda, quien publicó una suerte de instructivo que debía ser utilizado por aquellos fiscales que tuvieran que investigar en supuestos casos de eutanasia y de auxilio al suicidio. A tal punto tales directivas resultaron pertinentes, que fue en febrero del año 1993 en donde la mayoría de la Cámara Baja, otorgó rango normativo a dicha otrora directiva.

No debe sorprender entonces, que aproximadamente desde noviembre del año 1990, los médicos informaran a los fiscales casos de eutanasia y auxilio al suicidio, lo cual permitió contabilizar para el nombrado año 90, 590 casos y luego para el período 1992, la cantidad de 1300³⁰², ha informado la prensa local, que durante el año 2000 fueron detectados oficialmente 2123 casos de eutanasia; para concluir se puede estimar que actualmente se estima que la eutanasia causa ya el 2,6% de los fallecimientos anuales y que como tal, carecen de respaldo formal que la ley seguramente vendrá a otorgar³⁰³. Fue el mismo Ministro de Justicia, Benk Korthals, quien señaló a manera de argumento convencional que la ley aprobada, venía a dar vigencia formal a los lineamientos aprobados en el año 1993 por el cual los médicos, han venido asistiendo a los suicidas con aprobación tácita; afirmando categóricamente que: “Es algo

bueno que en algún momento la práctica corriente se convierta en ley”³⁰⁴.

De cualquier manera para ser honestos, habría que señalar que todavía la problemática en Holanda es anterior a la década del 90; pues ya en el año 1982 a instancias del Ministerio de Sanidad y de Justicia, se puso en marcha una Comisión Estatal sobre Eutanasia, para que ordenara la futura política a ser atendida por el Estado en dicha temática; y cuya labor fuera elevada en el año 1985 a los organismos ministeriales requerientes. En los nombrados antecedentes que son indicados por dicha Comisión Estatal, se advierte que se remontan los mismos con suficiente base documental institucional hasta comienzos de los años 70³⁰⁵.

III.- APROXIMACION EN CONJUNTO A LA LEY HOLANDESA 26691

En primer lugar se debe señalar, acorde a lo que ha sido apuntado más arriba, que la ley en estudio avanza en manera importante sobre un supuesto fáctico antes existente en la misma Holanda; pues, con antelación a tal fecha, existía en realidad una suerte de despenalización de la eutanasia, ahora se logra su legalización mediante la inclusión de una eximente penal en el Código respectivo³⁰⁶, para aquél médico, que cumpliendo con ciertas exigencias objetivas, subjetivas y también administrativas, da por terminada la vida de un paciente a su petición o también, cuando hubiera prestado auxilio al suicidio del nombrado moribundo.

Hay que señalar y en modo alguno debe ello ser considerado peyorativo, que con independencia de lo que resulta ser la naturaleza material de la nombrada ley, como es ayudar a que otro se quite la propia vida o dar muerte sim-

³⁰¹ Las cifras señaladas pueden ser desagregadas de la siguiente manera: “Tres de los grupos parlamentarios -los liberales del VVD, los demócratas D66 y los verdes Groenlinks- votaron unánimemente a favor de la propuesta y únicamente un parlamentario de los laboristas se mostró contrario a la ley. Las demás fracciones parlamentarias -en total son nueve en Holanda- votaron en contra” (vide página www.reforma.com/internacional del día 28.XI.00).

³⁰² Respecto a las cifras y procedimiento indicado en el instructivo señalado, cfr. Casado González, M.; *La eutanasia - Aspectos éticos y jurídicos*, Madrid, Reus, 1994, pág. 104. En otro lugar se han indicado los siguientes guarismos, así: “En Holanda fueron ‘eutanasados’ por los médicos, tras una petición expresa, 2.300 pacientes en 1991, según el informe oficial de Rimmelink. En otros 400 casos los médicos colaboraron al suicidio y en cerca de 1.100 casos de los llamados ‘incapaces de voluntad propia’ pusieron fin a esas vidas. Las cifras clandestinas debieron de ser bastante más altas” (Küng, H. y Jens, W.; *Morir con dignidad- Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Trotta, 1997, pág. 43).

³⁰³ Cfr. Editorial del Diario *The Wall Street Journal*, del día 30.IX.99.

³⁰⁴ Vide página www.CNNenEspañol.com/Mundo del día 10.IV.01.

³⁰⁵ Cfr. el Informe final de la Comisión Estatal de los Países Bajos sobre la Eutanasia (Government printing office - The Hague) 1985; en Casado González, M.; *La eutanasia - Aspectos éticos y jurídicos*, Madrid, Reus, 1994, pág. 105.

³⁰⁶ Art. 293 según texto modificado por la presente ley, dice: “1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta. 2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la ley reguladora de los funerales”.

plemente a otro; y que en modo alguno compartimos y adelantamos en ese sentido nuestro desarrollo ulterior, pues lo cierto es que la ley goza, de una claridad, sintaxis, metodología y elaboración comprensiva que resulta ser altamente encomiable. De tal punto de vista, consideramos que resulta ser una pieza técnicamente recomendable, reiteramos para evitar equívocos, cuando de analizar la metodología legislativa se trata ³⁰⁷.

La estructura de funcionamiento de la ley es la siguiente. Por una parte se establecen ciertas exigencias o condiciones subjetivas y objetivas que el médico debe advertir en el paciente para llevar adelante la intervención letal sin perjuicio de algunas diferencias según cual sea la edad del paciente (art 2). Por otro lado, un procedimiento de notificación y comprobación por parte de Comisiones Regionales Estatales que juzgarán, el adecuado cumplimiento de los nombrados requisitos objetivos y subjetivos por parte del médico a la época en que realizara la intervención sanitaria tanática (arts. 3 y 8).

Además de ello, se prescribe un cuidadoso mecanismo de funcionamiento administrativo de tales Comisiones (arts.4, 5, 6, 7, 12, 13, 15 al 19), las que volverán su dictamen al médico una vez evaluada su misma conducta (arts. 9) y con comunicación también a la misma Fiscalía General del Estado (art. 10); en todos los casos se prevén criterios de resguardo de datos y registro de la totalidad de la información utilizada (11 y 14).

Por último la ley, propone las correspondientes modificaciones normativas en el Código Penal y por las cuales se considera no-punible la maniobra médica indicada, cuando ella haya sido cumplida con las pautas objetivas, subjetivas y administrativas antes brindada (art.20). También, se modifican algunos artículos de la Ley Reguladora de los Funerales, principalmente en cuanto a la manera en que son expedidos los certificados de defunción, cuando el fallecimiento tiene como causa origen una aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio (arts. 21 y 22).

Como se advierte, el núcleo del problema se ordena en los dos primeros artículos de la ley; toda vez que una gran parte de los que siguen, y antes de la tercera sección, son formulaciones meramente administrativas que deben ser

³⁰⁷ No se nos escapa por lo dicho, que Jan Renkema –doctor en filología por la Universidad Libre de Amsterdam-, de algún tiempo a esta parte, es el primer asesor lingüístico del Parlamento holandés y editor –además- de las normas de ortografía holandesa. La obra más importante que hemos conocido del nombrado autor es *Introducción a los estudios sobre el discurso*. Barcelona, Gedisa, 1999.

atendidas. La última, como se adelantó, es sólo la correspondiente adecuación normativa al nuevo ideario legislativo a los fines de evitar cualquier tipo de contradicción, vaguedad o laguna.

Siendo nuestro análisis ahora sólo acotado a una particular preocupación de la mencionada ley, y que como tal se instala en la misma degradación en el tratamiento de la vida de la persona humana y por lo tanto, claramente violatoria dicha realización médica de los ‘deberes de los médicos hacia los enfermos’ de los que se encuentran impuestos dichos profesionales acorde resulta del Código Internacional de Ética Médica ³⁰⁸, es que sólo miraremos los dos primeros capítulos ‘Definiciones’ y ‘Requisitos de cuidado y esmero profesional’, que contienen los dos primeros artículos a su vez, y dejando para otra oportunidad, una consideración que resulte abarcativa en su totalidad del nombrado texto legislativo.

IV.- BREVE EXEGESIS DE LAS ‘DEFINICIONES’ (art. 1)

Capítulo 1 - Definiciones

Artículo 1

En esta ley, se entenderá por:

- a) Nuestros ministros: el ministro de Justicia y el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte;
- b) Auxilio al suicidio: ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal;
- c) El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio;

³⁰⁸ Se apunta allí: “El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana” (*Código internacional de ética médica*. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, 1949) y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial (Sydney, 1968) y la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983). Además de ello, y para no volver sobre el ya conocido Juramento Hipocrático, pues recordamos el que se ha adoptado internacionalmente por dicha comunidad científica y que es conocido como la Declaración de Ginebra (Adoptado por la 2ª Asamblea General de la AMM (Ginebra, 1948), enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial (Sydney, 1968), la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 46ª Asamblea General de la AMM (Estocolmo, 1994), la cual reza –en lo pertinente-: “Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza; y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas”).

d) El asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio;

e) Los asistentes sociales: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del libro 7 del Código Civil;

f) La comisión: comisión de comprobación a que se refiere el artículo 3;

g) Inspector regional: inspector regional de la Inspección de la Asistencia Sanitaria del Control Estatal de la Salud Pública”.

A.- EL MEDICO Y LA CIENCIA MEDICA

En el primero de los artículos en consideración, y tal como se ponderó más arriba, el legislador holandés se encarga de definir en manera inequívoca, quienes son y definitivamente que rol tienen asignado, cada uno de los mismos operadores de la nombrada ley. Así, qué autoridades intervienen y cuáles funciones ellas cumplen; todo lo cual no permite colegir otra cosa que la ponderación valiosa a los contornos metodológicos a los que ya nos referimos, puesto que con tal gestión se cierra a futuro cualquier discusión respecto a cual fue, la misma ³⁰⁹ intención o tésis que el legislador como tal quiso tener .

Nos detendremos exclusivamente en la consideración que se realiza en el inc. ‘c’ del nombrado artículo 1, cuando define quien es, aquél que se nombra como ‘el médico’ y que tipo de actuación efectúa. Omitimos los restantes, por ser ellos descriptivos de funciones propias que tienen asignadas cada uno de los restantes operadores dentro de la mencionada ley y por lo cual, no ofrecer aspectos de discusión alguna.

En dicho orden señalamos, que el nombrado profesional es quien habrá de ejecutar en el caso concreto, el acto eutanásico, es decir quien terminará con la vida del paciente a su propio pedido; o por el contrario en una categoría más leve, colaborará prestando el auxilio para que el paciente pueda en definitiva darse muerte por sí mismo; actividad toda ella que es explicada sintéticamente hay que decirlo, mediante la noción de ‘Auxilio al suicidio’ que se destaca en el inc. ‘b’ de la mencionada ley.

³⁰⁹ En este sentido se ha seguido una de las reglas fundamentales que el propio Bentham disponía que debían ser atendidas al tiempo de redactarse las leyes, y que el lo ubicaba simplemente bajo el título de ‘ambigüedad y oscuridad’ (cfr. *Nomografía o el arte de redactar leyes*, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2000, pág. 30)

Sin embargo como se tiene que advertir, mas allá del lacónico descriptivo ya enunciado; la gravedad de la definición, impone tener que efectuar algunas breves aunque útiles consideraciones puesto que en rigor, nos encontramos aquí con el propio núcleo ideológico de la totalidad de la ley, como a la vez, y tal como el propio Miguel de Unamuno escribía, con “el único verdadero problema vital, del que más a las entrañas nos llega, del problema de nuestro destino individual y personal, de la inmortalidad del alma”³¹⁰, esto es entonces, de la muerte misma.

Hasta donde hemos podido conocer, y quizá mirando retrospectivamente la misma historia de la cultura y en ella de la medicina³¹¹; no se puede dudar en tener que afirmar que en muchas ocasiones, los médicos no se han sentido impuestos inexorablemente de vencer la muerte del paciente en la contingencia médica³¹²; sino que han comprendido sabiamente, que existen evidentes estados de salud que aconsejan en buen espíritu, ‘abandonar’³¹³ el paciente para que finalmente la muerte acontezca por si sola.

Es obvio sin embargo, que en tanto la ‘muerte’ ha ido perdiendo un espacio de propiedad natural es que han ido aumentando alrededor suyo, otro conjunto de componentes no presentes primitivamente en ella, tales así: ideológicos, culturales, jurídicos y técnico-salvíficos; con lo cual ha ido

³¹⁰ Sigue diciendo “El hombre Kant no se resignaba a morir del todo. Y porque o se resignaba a morir del todo dio el salto aquel, el salto inmortal, de una a otra crítica” (*Del sentimiento trágico de la vida*, Madrid, Aguilar, 1987, pág. 10).

³¹¹ Vide Babini, J.; *Historia de la medicina*, Barcelona, Gedisa, 2000.

³¹² Bien ha sostenido desde este punto de vista Diego Gracia, a quien no se le puede reprochar bajo ningún aspecto ser un autor heterodoxo, que a partir de la medicina científica en Grecia es que la eutanasia se medicaliza. Sostiene entonces que: “Suele afirmarse que la medicina tiene por objeto luchar por la vida, defender la vida, y que por tanto siempre se ha opuesto a las prácticas eutanásicas. Pero esto no sólo no es cierto, sino que la verdad es más bien la contraria: la medicina occidental ha sido desde sus orígenes una ciencia eutanásica” (*Ética de los confines de la vida* en *Ética y Vida: Estudios de Bioética*, Bogotá, El Buho, 1998, T.III, pág. 272).

³¹³ La palabra ‘abandonar’ etimológicamente se explica que proviene “Del fr. Abandonner id., deriv. de laisser à bandon ‘dejar en poder (de alguien)’, bandon ‘poder, autoridad’ y éste del fránico bann ‘mando, jurisdicción’ (hoy alem. Bann)” (Corominas, J.; *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1998, pág. 19, 2ª col.). Como se puede colegir entonces, la actitud de abandono que el médico efectúa del paciente, no es de alguna manera como dejarlo expuesto a que la misma suerte lo acompañe, sino entregarlo a que un poder superior y anterior al mismo que desde la medicina el nombrado puede ejecutar, pues se ocupe de una realización ulterior que intrínsecamente debe ser seria y condigna a la misma naturaleza humana.

disminuyendo³¹⁴ y en algunos casos logrando el propio olvido de la misma naturalidad que el morir como tal posee y que de alguna manera se advierte reflejado en un proceso evolutivo que va siendo jalonado por las siguientes etapas a su respecto: Desacralización, Desocialización, Muerte y rentabilidad, Muerte y ciencia, Urbanización y cementerios³¹⁵.

Todo ello sin dejar de atender, que en dicha gestión de 'abandono por desahucio médico' van implícitas una gran cantidad de atenciones básicas y funcionales que como tal, importarán un tránsito desde ya³¹⁶ menos cruento y hasta donde ello es posible, más digno³¹⁷. Lo cual como es obvio, que no presupone la existencia ya sólo de la totalidad de alternativas que la terapia contra el dolor propone, sino también y quizás con mayor énfasis, una adecuada contención psicológica, afectiva y emocional del moribundo que a veces, no está suficientemente atendido e incorporada dentro de los capítulos propuestos por la medicina paliativa³¹⁸; aunque en rigor de verdad está fuera de cualquier duda que a ella la integran³¹⁸.

³¹⁴ Cfr. Ariés, P.; *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid, 1977; *Morir en occidente*, Bs.As., Adriana Hidalgo, 2000. En lo que corresponde a la perspectiva filosófica en sentido estricto de la muerte, con provecho se puede disfrutar el valioso estudio -poco difundido- de García, J.; *El morir humano- Consideraciones bioéticas sobre la eutanasia*, San Juan, Universidad Católica de Cuyo, 1999.

³¹⁵ De incalculable valor para la comprensión final del problema la obra de Thomas, L.; *Antropología de la muerte*, México, F.C.E., 1993.

³¹⁶ Se ha escrito que "En la literatura clásica eutanasia y desahucio son términos correlativos (...) Los médicos han practicado tradicionalmente la eutanasia pasiva (desahucio) y aun la eutanasia activa, en aquellos casos en las características peculiares de la enfermedad" (Núñez Carpizo, E.; *Eutanasia, un problema de axiología jurídica* en Revista de la Facultad de Derecho de México N° 223-224 (1999), México, UNAM. De todas maneras y tal como indicaremos a lo largo del trabajo, consideramos que la equivalencia desahucio y eutanasia pasiva no es correcto.

³¹⁷ De reciente traducción al español la obra de Célerier, M.; Oresve, C.; Janiaud-Gouitaa, F.; *El encuentro con el enfermo*, Madrid, Síntesis, 2001, resulta una síntesis excelente desde la perspectiva dinámica de la medicina interna, el psicoanálisis y la neuro-psiquiatría, todo ello puesto en función de un mejor paso o atención, de la vida a la muerte.

³¹⁸ Para el Comité de Expertos de la O.M.S. (804-1990), Cuidados paliativos "es el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas". Siendo el principal objetivo el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas sociales y espirituales. Puede leerse con sumo interés el artículo publicado por

Conviene aclarar también, para todo lo que queda del presente artículo, que si bien se podría decir junto a Heidegger que la persona que acaba de nacer está ya madura para morir y por ello le cabe el adjetivo de moribunda; pues intentamos utilizar dicha noción en un carácter más restringido, aunque de todas maneras siempre sujeto a una debida ubicación contextual, por lo cual, provisoriamente se puede afirmar que se consideran 'moribundos' los sujetos que han llegado al fin de su vida, a los enfermos incurables, los terminales, los que se hallan in extremis o los que están ya³¹⁹ condenados, para emplear las fórmulas consagradas.

La asociación entonces fuerte, que se realiza de ordinario entre médico y vida; en todo tiempo y a cualquier costo es falaz, porque históricamente ello no ha sido de esa manera; y recoge en su predicación más intereses ajenos a la ciencia médica que propios a ella³²⁰. Seguramente que tampoco mantenemos en el punto, una categoría cultural semejante a la existente en la medicina hipocrática, en donde el individuo que gozaba de una enfermedad propiamente incurable, era de inútil objeto para la medicina. Basta con recordar a tal respecto que sostenía dicho autor: "... voy a definir lo que considero que es la medicina: el apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina"³²¹.

Como conclusión que también se puede colegir de lo antes nombrado; es que el mismo tema de la eutanasia³²² -

María de los Angeles Pruvost; *Morir con dignidad* en Revista Ethica N° 18 (1996), Córdoba, pág. 13/17).

³¹⁹ Cfr. Thomas, L.; *La muerte - Una lectura cultural*, Barcelona, Paidós, 1991, pág. 65 y ss.

³²⁰ Señala Diego Gracia: "La palabra eutanasia se utiliza, que sepamos, desde los tiempos del emperador Augusto, y hasta finales del Siglo XIX significó el acto de morir pacíficamente y el arte médico de lograrlo" (*Ética de los confines de la vida en Ética y Vida: Estudios de Bioética*, Bogotá, El Buho, 1998, T.III, pág. 276). Con mayor detalle y del mismo autor *Historia de la eutanasia* en *La Eutanasia y el Arte de Morir*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1990, pág. 13/32.

³²¹ Vide *Tratados Hipocráticos*, Sobre la Ciencia Médica, Madrid, Gredos, 1990, T.I, parágrafo 3, pág. 111. Introducción general a cargo de Carlos García Gual. También entre otros Platón, *República*, 406c, 407c-e, 408b, 409e, 410a.

³²² Sin perjuicio de las demás consideraciones que efectuaremos luego, destacamos al menos una conceptualización -puesto que todavía deliberadamente no lo hemos querido realizar- de lo que por ella se debe entender. Prefiriendo ahora, la misma conceptualización que la Asociación Médica Mundial, máximo organismo internacional en ética profesional, diera en su Declaración sobre la Eutanasia de 1987: "La eutanasia, es decir, el acto deliberado (por acción u omisión) de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por requerimiento de éste o a petición de sus familia-

que se inicia ya con una problemática vinculada a la misma equivocidad³²³ de lo que se quiere significar con ella, y concluye implicando problemas no sólo culturales, sino también políticos, sociales y económicos³²⁴ - tal como aparece en la actualidad presentado y debatido el tópico, deviene claramente moderno³²⁵. Pues con anterioridad, resultaba al menos admitido dentro de los mismos cánones del arte médico, que el mencionado 'abandono' no podía importar en sí mismo ningún acto contrario a la misma ciencia médica.

Seguramente que el progresivo mejoramiento dentro de la medicina, como así también del conocimiento de la misma organización biológica del hombre y de la aparatología como soporte de aplicación de dichos conocimientos³²⁶ fueron severamente responsables, que se fuera ges-

res, es contraria a la ética". De todas maneras no podemos dejar de incorporar otra conceptualización que en los últimos tiempos hemos visto muy difundida, y que como tal, resulta altamente encriptadora de lo que verdaderamente es la eutanasia pero que sin embargo, resulta utilizada en no pocos ámbitos profesionales y también en determinados comités de ética hospitalaria, así se dice que "es el acto o la omisión del acto que provoca deliberadamente el deceso del paciente que sufre de manera insoportable o vive una degradación insostenible" (Dictionnaire permanent bioéthique et biotechnologies, París, Ediciones Legislativas, 1997).

³²³ En este orden nos pareció categórica la afirmación que hace ya algún tiempo formulara Patrick Verpieren de que el nombrado concepto de 'eutanasia' es un verdadero paradigma de la ambigüedad semántica (cfr. La muerte y el morir en la era tecnológica en Revista Criterio, Bs.As., 1976, pág. 176).

³²⁴ Resultaría extenso señalar la gran cantidad de clasificaciones que se han propuesto de diferentes prácticas que se consideran -con acierto o sin él- eutanásicas. Al sólo efecto ilustrativo, se puede entonces clasificar ella según haya sido voluntaria o provocada, por lo tanto se hablará de eutanasia autónoma o heterónoma; si es ella mirando cual sea la actitud frente al curso vital se puede diferenciar en: pura, lenitiva, auténtica o genuina, esta última también se la nombra como solutiva, resolutive (cfr. una explicación de cada una de ellas en Niño, L.; Eutanasia- Morir con dignidad, Bs.As., Universidad, 1994, pág. 82 y ss).

³²⁵ A tal respecto basta con advertir cuales son los argumentos que sustentan la llamada -eufemísticamente hablando- 'ética de la eutanasia', para así poder corroborarlo. En dicho orden son paradigmáticas las posiciones de Joseph Fletcher, Marvin Kohl, Daniel Maguire y Richard Mc Cormick, una excelente síntesis de ellas, y por lo tanto de la perspectiva más o menos compartida respecto al tópico por autores que admiten, justifican y en última instancia son solidariamente responsables de leyes como las que nos ocupan, se puede consultar en Aguilera, P.; En la frontera vida/muerte- Problemas bioéticos, Santiago, Editorial Universitaria, 1990, pág. 174 y ss.

³²⁶ En verdad no se puede desconocer, que quizás con independencia del fabuloso desarrollo que ha existido en la ingeniería electrónica en general, sea la medicina una de las ciencias aplicadas en donde mayor producción de conocimiento y reco-

tando con gran énfasis al menos dentro del siglo XX, el paradigma de que la medicina como tal y los médicos como sus operadores profesionales, prácticamente como de ciencia invencible y que en el fondo, no existen enfermedades incurables; de tal guisa que resultaba en pocos y sólo en algunos casos, vencidos los médicos y la medicina en la primera vuelta al menos, por la muerte³²⁷.

La efectiva posibilidad de agregar un plus mayor o menor de vida, aunque con una disminución sustancial de la misma calidad de ella³²⁸, resultó ser un modelo de ejecución profesional que en verdad se puede decir, ha caracterizado a la última media centuria del siglo pasado. Hacemos votos, porque nos estemos acercando a una vuelta reflexiva al verdadero orden de la medicina como ciencia práctica y no como un instrumento de mera sobrevida y de carta de triunfo de la vida sobre la muerte, con desprecio a veces por la misma calidad de vida humana y que adecuadamente comprendida, debe ser vista como faceta de la misma dignidad humana y no como opuesta a ella. Motivo por el cual destacamos, que comprendemos dicha noción, formando parte de la misma vida y no como separada de ella: el criterio de calidad de vida se contextualiza como auxiliar y

nocimiento ha existido. Si a ello se suma, la no menor complementariedad que entre una y otra se advierte, se tiene como resultado que los propios tiempos de investigación sobre el hombre o su genoma por caso, se han visto severamente anticipados.

³²⁷ "El mundo de la salud aparece, en efecto, como el lugar donde se manifiestan con mayor evidencia las contradicciones propias de la situación histórica del hombre. Es ahí donde las esperanzas alimentadas por los logros espectaculares de la medicina moderna chocan con la experiencia cotidiana de la enfermedad, del envejecimiento, del sufrimiento y de la muerte. Esta dramática experiencia, hecha de esperanzas y de fracasos, de alegrías y de angustias, donde los sentimientos adquieren una especial densidad humana y espiritual, obliga al hombre a una revisión de vida frecuentemente radical" (Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, Religiosos en el mundo del sufrimiento y de la salud, Roma, 1987, I).

³²⁸ Conviene recordar a este respecto, por ser ello de uso frecuente, que la noción de calidad de vida aparece como una variable que conjuga un conjunto de elementos anteriores: movilidad física, dolor y agotamiento, capacidad para cuidar de sí mismo y aptitud para entablar relaciones interpersonales. Aparecen ellos junto con la misma cantidad de vida, conformando un índice mixto -de calidad de vida- que son conocidos como QALY (quality, adjusted-life-year) o AVAC (años de vida ajustados a calidad). Primigeniamente el introducido por W.O. Spitzer en el año 1981 conocido como QLI (quality of life index), que tenía como variables y luego con respectivos desagregados los siguientes ítems: Actividad, Vida diaria, Salud, Apoyo y Aspecto (cfr. Boladeras Cucurella, M.; Bioética, Madrid, Síntesis, 1999, pág. 119/120; además con mayor detalle en Bowling, A.; La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida, Barcelona, Masson, 1994).

complementario del primario y radical, como es el respeto a la vida misma³²⁹.

De cualquier manera queremos dejar a salvo también, a efectos de no generar con ello confusión alguna, que no nos convierte la afirmación anterior en una suerte de fundamentalistas de la calidad de vida, pues ella sigue siendo, para decirlo –pensando en Aristóteles– no otra cosa, que una misma categoría o predicamento del ser-substancia y que como tal es el hombre con su vida, aunque sea ella enferma, debilitada y a punto de agotarse. La calidad de la vida –aunque sea redundante decirlo– es sólo una manera en que dicha substancia viva –persona humana– se realiza, pero en modo alguno la esencializa³³⁰.

Huelga señalar, que el desarrollo tecnológico de la medicina nos ha llevado en modo precipitado a lo que se nombra como la distansia³³¹ o el empleo de medios terapéuticos desproporcionados y en consecuencia donde los pacientes, son víctimas de un desideratum enfermizo de quienes tienen que vigilar por su salud, y que lejos de permitir el morir cuando ello deviene lógica y naturalmente adecuado a las circunstancias biológicas del sufriente enfermo; asumen los médicos actitudes de verdaderos

³²⁹ Sarmiento, A.; Ruiz Pérez, G.; Martín, J.; *Ética y genética*, Pamplona, Eunsa, 1993, pág.78. Además en particular se puede leer con todo detalle en Gracia, D.; *Ética de la calidad de vida*, Madrid, Fundación Santa María, 1984.

³³⁰ Muy sugerente en este orden nos ha parecido la afirmación efectuada por Fernández Crehuet, de que “la nueva noción de dignidad entendida como calidad de vida es equívoca”, agregaríamos por nuestra cuenta, que no sólo que es equívoca, sino que intrínsecamente es falaz, puesto que en último grado a lo que tiende ella, es claramente a generar una política de desontologización de la categoría sustancial del hombre, y pretender juzgarlo al mismo sólo por una modalidad, que si bien importante, no lo esencializa (cfr.; *Eutanasia, atención a pacientes terminales y profesionales de la salud. Intervención en la comisión del Senado de España sobre eutanasia (1999) en Cuadernos de Bioética N° 44 (2001)*, Valencia, pág. 55/62).

³³¹ También se la conoce a ella, como ‘tecnicismo médico abusivo’, ‘obstinación, encarnizamiento, ensañamiento terapéutico’; incluso ‘rabia terapéutica’. De esta última se ha ocupado de definirla G. Perico como “aquel conjunto de iniciativas clínico-asistenciales de carácter más bien excepcional, que se aplican a un enfermo que está para morir, es decir, en condiciones gravísimas y ya más bien próximo al fin. La finalidad, según la intención de los médicos, es la voluntad de alejar, a toda costa, el aproximarse al fin, no obstante saber que ya no disponen de verdaderas ‘terapias’, capaces de mejorar las condiciones sanitarias o de bloquear la enfermedad, la cual, no obstante todo, tarde o temprano llevará, irremediamente, al paciente a la destrucción completa” (citado por Tettamanzi, D.; *Eutanasia- La ilusión de la buena muerte*, Caracas, Paulinas, 1985, pág. 53).

cruzados contra la muerte, intentando evitar que ello se cumpla³³².

Al grado extremo tal estado de pérdida de rumbo en dichas cuestiones, que es el mismo paciente quien comienza en los últimos años, a tener que tomar la totalidad de recaudos posibles a los fines de asegurarse de que, cuando no pueda decidir por sí mismo, atento a su estado de gravedad física, los médicos no decidan que su vida no puede concluir y se encarnicen prolijamente sobre su cuerpo, mediante toda la aparatología que ellos cuenten para no dejarlo morir³³³.

De tal guisa deviene claro, y ello lo hemos podido acreditar personalmente en sin número de oportunidades y también de la bibliografía resulta sin error posible; de que gran parte de los médicos tienen temor de cometer actos presuntamente eutanásicos sobre sus pacientes, dejándolos morir, cuando ello deviene como una conclusión natural y previsible que acontezca³³⁴ y toda terapia se torna claramente fútil³³⁵; lo cual no significa que con ello ni se lo

³³² También se ha ilustrado la mencionada situación destacando que: “La moderna tecnología médica, incluso si no puede curar, aliviar o comprar un plazo adicional de vida que merezca la pena, por corto que sea, si puede retrasar de múltiples maneras el final más allá del punto en el que la vida así prolongada le merece la pena al paciente mismo, incluso más allá del punto en que él puede valorarla” (Jonas, H.; *Técnica, medicina y ética*, Barcelona, Paidós, 1996, pág. 160).

³³³ En el ámbito americano los llamados ‘testamentos vitales’, ‘directrices previas o anticipadas acerca de la muerte propia’, ‘órdenes de no reanimar’ u otras nominaciones por el estilo; resultaron ser un primer indicios serio de la gravedad de ciertos comportamientos profesionales propiamente desmedidos. Al respecto se puede consultar con gran interés jurídico, sin perjuicio que la obra tiene ya sus años en Highthon, E.; Wierzba, S.; *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, Bs.As., Ad Hoc, 1991.

En el ámbito del derecho español hemos tomado conocimiento que recientemente la comunidad autónoma de Galicia, imitando a Extremadura y también Cataluña –que fuera la pionera–, han regulado el derecho de que una persona pueda decidir en forma anticipada a que no se le prolongue la vida innecesariamente (vide *Diario El País*, Madrid, 21 y 28 de abril de 2001).

³³⁴ Cabe destacar que dicha ideología médica, no sólo que ha venido generada desde la propia configuración científico-técnica que se le otorga a la medicina, sino también por las no menores implicancias jurídicas –pleitos de mala praxis– a los que advierten que podrían quedar expuestos y promovidos por familiares desdichados por la pérdida del familiar mezquinamente atendido; y a lo que hay que decir también con algún pesar, que la magistratura ha brindado cierta atención otrora al menos.

³³⁵ Tratamiento inútil o también nombrado fútil, es aquél que correctamente aplicado y con indicación precisa no obtiene el resultado esperado. Por ejemplo, ante una sepsis de foco no

abandone en términos jurídicos, materiales y también espirituales; ni tampoco que se ejecute una acción directa en contra del mismo a los fines de multiplicar la progresividad del suceso luctuoso; sino que se le proporcione una buena muerte, nada más.

Por lo cual, que sea el médico quien colabore con la misma terminación de la vida, cuando ello significa que no asumirá actitudes que aparecen claramente desmesuradas y obsesivas a los efectos de mantenerla a la misma; favoreciendo con ese accionar la muerte digna de cada uno de los enfermos, no parece en modo alguno reprochable³³⁶. “Una cosa es respetar la voluntad del enfermo y no poner en su cuerpo lo que él rechaza, y otra cosa muy distinta quitarle directamente la vida. El primero es un acto del enfermo, en tanto que el segundo es del médico”³³⁷. Tal aspecto en verdad no se diferencia de la misma observación que desde el punto de vista confesional se ha brindado a dicho tratamiento.

Bien podríamos afirmar, con las licencias que nos permitimos no siendo médicos, que los nombrados profesionales pues que deben ser suficientemente custodios y defensores de la vida humana y de la salud del hombre, mas no por ello, tomar actitudes militantes y fundamentalistas en su defensa a cualquier costo³³⁸. La vida digna del hombre impone en igual sentido una muerte digna³³⁹, esto

localizado puede iniciarse un tratamiento con cefalosporinas de tercera generación, metroimidazol y un aminoglucósido, e incluso maniobras agresivas, pero el enfermo fallece en shock séptico. El tratamiento fue correcto y bien indicado, pero ha sido inútil.

³³⁶ Desde la propia perspectiva confesional católica la respuesta es la misma: “... desde el punto de vista ético, la mayoría de los autores y la doctrina de la Iglesia condena cualquier tipo de eutanasia en sentido estricto, pero no obliga a la distanancia en todas las situaciones, y permite, por tanto, el abandono de toda técnica desproporcionada o que ya no tenga ninguna justificación” (López Azpitarte, E.; *Ética y vida*, Madrid, Paulinas, 1990, pág. 224).

³³⁷ Gracia, D.; *Ética de los confines de la vida* en *Ética y Vida*: Estudios de Bioética, Bogotá, El Buho, 1998, T.III, pág. 302.

³³⁸ Recuerda la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos de los Pacientes, adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial (1981), enmendada por la 47ª Asamblea General, Indonesia (1995), en el Principio ‘C’ dentro del Derecho a la Dignidad: “El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible”.

³³⁹ Se ha indicado que los principales contenidos que podrían formar parte de una muerte humana y por ello igualmente digna son: Solidaridad, Alivio del dolor, Asistencia de tipo psicológico, Asistencia religiosa, verdad al enfermo, Atenciones de confort material y Libertad (cfr. en particular cada una

es ortotanasia³⁴⁰ : la muerte del ser humano en el momento oportuno³⁴¹.

Habiendo efectuado el nombrado excursus según nuestro parecer valioso, atento a la equivocidad cada vez más notoria acerca de la noción de eutanasia y reiterando que dicho accionar, enunciado supra, corrientemente endilgado bajo el rótulo de actos eutanásicos en modo alguno lo son; sino que sólo reflejan ellos una acción ortotanásica que definitivamente es la más aproximada a la buena muerte o muerte digna, que todo hombre se merece por ser simplemente el que es.

Por todo lo que ha sido indicado, es que debemos concluir acerca de la desgraciada misión que le corresponde en este contexto legislativo al médico, quien positivamente actúa sobre el enfermo para que como tal, deje de estarlo, mas no curándolo sino matándolo y que como es obvio, resulta inmediatamente una contradicción con la formulación de la ciencia médica y que tal como hemos podido comentar, tampoco postula ella que no deba ser precisamente el médico un atento observador por ser en realidad un capacitado en ello, de cuando la misma naturaleza enferma decide extinguirse.

B.- LA ACCION TERAPEUTICA DE DAR MUERTE AL PACIENTE

Tal como se puede advertir del propio texto del inc.ºc’ del artículo en consideración, el médico puede cumplir con su cometido -despenalizados ellos-, mediante dos caminos: a) por el auxilio al suicidio del paciente –que puede ser tanto como una ayuda deliberada y directa a ello o facili-

de ellas Elizari Basterra, F.; *Bioética*, Madrid, Paulinas, 1991, pág. 178 y ss).

³⁴⁰ “Ortotanasia: Es lo contrario a la distanancia. El prefijo griego ‘orthos’ significaría la muerte ‘correcta’ a su tiempo, sin procurarla activamente, pero sin prolongaciones irracionales y crueles para el paciente (...) De ahí que un aspecto fundamental de una praxis ortotanásica, es la administración de calmantes y, en general, todas las posibilidades de la medicina paliativa, con vistas a humanizar y hacer lo menos doloroso posible el trance de la muerte” (Gafó, G.; *Eutanasia y ayuda al suicidio*, Bilbao, Desclée de Brouwer., 1999, pág. 45).

³⁴¹ También se ha dicho que “paralelamente al derecho a nacer hay un ‘derecho a morir’: con dignidad, humanamente, a su tiempo, en su hora: ortotanasia. Es claro que esta hora no es una hora matemática, sino moral, que puede acortarse o alargarse dentro de ciertos límites humanos inmanentes y/o trascendentes, nunca ilimitados” (Higuera Udías, G.; *Eutanasia y distanancia. Problemas éticos-morales en trabajo* En la Vida y en la Muerte somos del Señor, Valencia, Edicep, 1993, pág. 121).

tarle los medios para que ello sea posible³⁴²; b) también llevar a cabo por sí la terminación de la vida del paciente a su propia petición. Como se advierte no se trata ello –en ninguno de los dos supuestos- de un mero ‘abandono por desahucio médico’ tal como nosotros hemos señalado que estaría dentro de las posibles y legítimas realizaciones profesionales; sino que aquí estamos frente sin más a una intervención activa y positiva por parte del médico sobre el paciente que como tal, provoqué su muerte³⁴³.

La nombrada equiparación que se tiende a realizar, y que como tal se traduce luego en la eutanasia activa y pasiva respectivamente; es sin duda y en gran medida falaz. Pues se omite destacar al menos dos cuestiones, por una parte, la clara diferenciación y que en el caso se torna sustancial entre medios ordinarios y extraordinarios, proporcionados o desproporcionados que son cumplidos sobre la naturaleza enferma por una parte³⁴⁴; y por la otra y en modo alguno menor, lo vinculado a la misma intencionalidad que existe en el sujeto médico, como es en el caso de los actos positivos –por acción u omisión- de querer dar muerte y en el segundo, atender a las exigencias ordinarias que la

³⁴² Se advierte que el inc. 'b' del art. 1, se ocupa de efectuar una ampliación del mismo tipo descripto en el inciso siguiente. Puesto que de no existir ello, bien podría darse el caso, que el médico que con su mano acompaña la mano del paciente para inyectarse una dosis de una droga letal resultara despenalizado por ayuda al suicidio; pero que pudiera ser inculpado por haber facilitado la compra de la nombrada.

³⁴³ De todas maneras no se puede dejar de indicar, que no han faltado autores que han señalado que la distinción entre actos positivos y negativos, como tal resulta no valiosa y por lo tanto, ambos modos –en coherencia- deberían ser aceptados o rechazados. De allí se podría colegir nuestra misma incoherencia entonces, por participar de la permisión de los actos omisivos y no admitir los positivos o activos.

³⁴⁴ Respecto a la diferencia entre medios ordinarios y extraordinarios, sin duda que ha sido mucho lo escrito, más aun cuando se toma cabal razón que la diferencia fuera ya apuntada por los moralistas en el Siglo XVI, en modo singular por D. Bañez en el 1595 y las Relecciones de Teología de F. de Vitoria. Por lo cual apuntaremos a modo de síntesis lo siguiente. Por un lado, que la categoría de uno u otro modo, no puede ser juzgado desde la misma categoría médica, donde lo ordinario se puede asimilar sin más a lo rutinario; mientras que la categoría moral que sirve a la vez, para calificar de una u otra manera el acto médico en cuestión, es poniendo la mirada sobre el propio paciente. De tal modo, que un procedimiento que para el médico puede resultar ordinario, podría resultar extraordinario para el paciente, por la misma carga que a él ello impone.

Bien se ha dicho que “No todos los procedimientos médicos habituales son obligatorios (...) Solo el paciente puede evaluar si la caga que él experimenta, es demasiado para él” (Aguilera, P.; *En la frontera vida/muerte*, Santiago, Editorial Universitaria, 1990, pág. 102).

terapéutica exige a los fines de asegurar el máximo de confort posible controlando máximamente el dolor, sin oponer resistencia al desenlace natural de la vida del paciente³⁴⁵.

En un caso entonces, eutanasia propiamente dicha, existe una cuota de innegable intencionalidad en la realización del acto y en el resultado deseado; en el otro supuesto por el contrario, nos encontramos frente al evento de la muerte no como una intencionalidad querida sino como un suceso que por lógica debía acontecer³⁴⁶. Es decir que en la eutanasia –comúnmente nombrada como activa sea por actos positivos o negativos- en rigor, el paciente concluye muriendo como consecuencia directa de los acontecimientos iniciados por el agente que los provocó; en el restante supuesto –equivocada o falazmente nombrada como eutanasia pasiva- el deceso acontece por la misma evolución de la enfermedad que ya está en marcha.

Se puede efectuar una acotada consideración a dicho aspecto, sintetizando el núcleo de la tesis de quienes afirman dicha equiparación entre eutanasia activa y pasiva, o desde otra perspectiva eutanasia por acción –positiva o negativa- y eutanasia por omisión; y con lo cual, se probaría nuestra misma falacia.

Para ello utilizaremos el siguiente texto que hemos preferido entre otras cosas por la indiscutida autoridad filosófica de sus autores, dicen José Ferrater Mora y Priscilla Cohn: “Ahora bien, la distinción entre matar y dejar morir no coincide exactamente con la distinción entre eutanasia activa y pasiva. En rigor, la eutanasia pasiva no es realmente pasiva, por cuanto acarrea una intención que lleva a la muerte de otra persona (...) El hecho de que el paciente pueda no morir a despecho de la eutanasia pasiva no nos permite afirmar que esta eutanasia sea moral en tanto que la eutanasia activa es inmoral (...) Permitir la eutanasia pasiva alegando que a veces la prognosis médica es equivocada y que el paciente sigue viviendo sin necesidad de tomarse medidas excepcionales, revela un problema práctico o empírico concerniente a la falibilidad de los juicios médicos, pero no por ello hace que la eutanasia pasiva sea más moral que la activa. Si la eutanasia, sea activa o pasiva, es considerada moralmente aceptable, es

³⁴⁵ Pueden ser leídos con gran provecho la sustancia de ambas posiciones estos es por J. Rachels, Eutanasia activa y pasiva y por T. Sullivan, Eutanasia activa y pasiva: ¿una distinción inapropiada?, ellos en la obra compilada por Luna, F. y Salles, A.; *Decisiones de vida y muerte*, Bs.As., Sudamericana, 1995, pág. 147/160).

³⁴⁶ Cfr. Thomas, H.; *Eutanasia: ¿son igualmente legítimas la acción y la omisión?* en Cuadernos de Bioética N° 44 (2000), Valencia, pág. 1/14.

porque se proclama la obligación de aminorar los sufrimientos de una persona (...). En conclusión, la distinción entre eutanasia activa y la pasiva (...), es equivocada o es arbitraria en el sentido de que no existe semejante distinción, moral o lógicamente. Da la impresión de que se ha introducido esta distinción con el fin de evitar acusar a los médicos de homicidio (...), la distinción puede ser importante, y conveniente desde un punto de vista legal. Pero desde un punto de vista moral hay que reconocer que si la vida es deseable a toda costa, entonces no deberían permitirse ni la eutanasia pasiva ni la activa, ni la involuntaria, ni la voluntaria”³⁴⁷.

Resulta valioso puntualizar y como manera práctica de intentar refutar algunas de las consideraciones que han sido realizadas por la autora, porque insistimos en que ello despejará no pocas dudas que muchas veces por la vía de una tal confusión se quiere introducir, como es afirmar que es lo mismo ‘querer matar’ que dejar ortotanásicamente morir. Resulta obvio, que la confusión mejora la posición de pretendida moralidad que se quiere emplazar a la eutanasia activa. Así entonces hay que advertir, que el núcleo central de la argumentación está fincado en una afirmación que se torna absolutamente voluntarista por parte de ella, y en función de lo cual, realiza un forzamiento del desarrollo ulterior.

Sostener que la intención del agente en una situación y en otra, es la misma: dar muerte al paciente; es introducir una confusión, cuando no una falsedad de los mismos actos racionales, y sin duda alguna, que si efectivamente existiera la nombrada intención en el agente, poco importa si su acción es activa –positiva o negativa- o pasiva. Mas reconociendo en el médico que cumple su praxis profesional desde una dimensión de libertad y con igual libre intencionalidad, pues no se tiene porque presumir, que dejar de otorgar terapias extraordinarias o desproporcionadas es lo mismo que querer matar al paciente, aunque no por ello ignore la posibilidad de que muera.

³⁴⁷ Ferrater Mora, J. y Cohn, P.; *Ética aplicada- Del aborto a la violencia*, Madrid, Alianza, 1983, pág. 101/103. Hemos elegido el presente texto, emblemático sin duda, porque habitualmente se lo endilgan a José Ferrater Mora y en verdad él no lo ha escrito, puesto que se trata de una sección que si bien pertenece a la obra escrita junto a Priscilla Cohn, la nota preliminar aclara (pág. 9, ob. cit.) en cada uno de los temas analizadas que parte es de cada uno de ellos. Tal déficit se advierte en la obra de Boladeras Cucurella, M.; *Bioética*, Síntesis, Madrid, 1999, pág. 128; que le atribuye derechamente la consideración a Ferrater Mora, quien en verdad no analiza en el capítulo la nombrada diferencia y que como tal, no dejaba de advertir cierta extrañeza; no así de la coautora.

Es más se podría hasta ‘querer’ –como actividad intelectual– por parte del médico, que el paciente en lo venidero a dicha supresión muera, porque ello es la condición natural y más evidente de la misma condición de seres humanos afectados por la enfermedad y agotados en salud; pero en verdad no es posible ello asimilarlo a matarlo intencionalmente; puesto que en tal supuesto, la disposición no sería ya la de un ‘querer’ sino la de un ‘deseo’ y en tal supuesto, no estamos ya frente a una tendencia meramente intelectual acerca de la nombrada condición humana, sino prioritariamente frente a un deliberado designio sensible y que en el caso, se muestra³⁴⁸ bajo el rostro de la muerte cumplida sobre el paciente .

El carácter de la intencionalidad en el acto moral es definitorio y la misma se conoce por la misma bondad que existe en el acto que se realiza. Hay pues una diferencia radical entre ‘dar muerte’ y ‘consentir el morir’: el primero es un acto supresivo de la vida, el segundo es aceptarla hasta la muerte³⁴⁹.

Así es como la conocida corrientemente como teoría del doble efecto de la moralidad o más propiamente del objeto indirecto de la voluntad, son demostrativas claramente de la diferencia entre un supuesto y otro³⁵⁰ y por la misma razón porque la ejecución que se nombra como ‘eutanasia activa’ es intrínsecamente no-buena³⁵¹ y porqué, la mal designada ‘eutanasia pasiva’ es buena .

³⁴⁸ Señala en dicho orden de cuestiones con indiscutida autoridad R. Verneaux, cuando apunta: “Vemos entonces que el deseo tiende a un bien sensible, percibido o imaginado, mientras que el querer tiene por objetivo un bien inteligible, es decir concebido”(Filosofía del hombre, Barcelona, Herder, 1979, T. V, pág. 152). En el mismo orden Santo Tomás, *Suma Teológica*, I q.80 a.2.

³⁴⁹ Cfr. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de Salud; *Carta a los agentes de salud*, 1995, N° 148.

³⁵⁰ Existe en la conducta un fin-bien finalizado que es directamente querido por el agente que realiza el acto; puede sin embargo tener la voluntad un objeto indirecto y que como tal se muestra como efecto que en la medida que ha sido previsto queda indirectamente dentro del campo intencional. Así se afirma que “Efecto indirecto es una consecuencia de la acción que no interesa ni es querida de ningún modo, ni como fin ni como medio, por que es prevista y permitida en cuanto que está inevitablemente ligada a lo que se quiere (...) El criterio distintivo fundamental es el siguiente: para que el efecto previsto de una acción pueda ser considerado objeto indirecto de la voluntad, tal efecto no puede ser la causa (en el plano intencional, el medio) de la consecución o realización de lo que realmente interesa” (Rodríguez Luño, A.; *Ética general*, Pamplona, Eunsa, 1991, pág. 132/133).

³⁵¹ La moralidad de las acciones con efectos indirectos puede ser realizada en ciertas circunstancias sin cometer con ella, culpa moral alguna, para ello la doctrina ha requerido el cum-

En otro orden de la refutación a la tesis de Cohn; se debe señalar que en la misma manera que algunos autores sostienen acerca de la degradación de la vida frente a la muerte y con ello el argumento de desvalorización de la vía pasiva³⁵²; mostrando cuanto dolor y tragedia se agrega a la ya existente en el moribundo cuando se toma el camino de la mal nombrada eutanasia pasiva, y no de la eutanasia activa; muestra que ignora la eticista una realidad corriente en el mundo hospitalario, como es de tantos creyentes – católicos o no- que oran sin más, para que prontamente el desenlace acontezca a ese enfermo que en vísperas de su misma muerte se encuentra.

Tampoco es parámetro para cuestionar la nombrada por la autora ‘eutanasia pasiva’, por la presunta mala pronóstico médica que con ella quedaría sorteada. En verdad que ese es un argumento que por este tiempo no se puede sostener, es casi imposible que de un día para otro pueda resultar un medicamento de una envergadura tal que pueda revertir la nombrada afectación a la salud, ello es obvio. Mas tal supuesto no quita, porque hablamos de seres humanos individuales cada uno de ellos, que puedan existir un conjunto de factores orgánicos e inorgánicos, materiales y espirituales que de alguna manera puedan confluír en dinamizar de alguna manera distinta la propia situación del enfermo ante la vida declinante. De cualquier manera corresponde volver a señalar, que no atender tratamientos desproporcionados en modo alguno significa, entrar en choque con no brindar un soporte de razonable bienestar y acompañamiento espiritual adecuado³⁵³.

plimiento de cuatro condiciones: a) que la acción sea en sí misma buena o indiferente; b) que el efecto bueno sea el efecto inmediato, es decir, que el efecto bueno no sea obtenido a través del malo; c) que la intención del agente sea buena; d) que exista una causa o necesidad proporcionalmente grave para realizar la acción (cfr. Rodríguez Luño, A.; Ética general, Pamplona, Eunsa, 1991, pág. 301/302).

³⁵² La tesis principal sería la que formula Walter Jens, a partir del análisis de la obra de Nuland (Cómo morimos: reflexiones sobre el último capítulo de la vida, Madrid, Alianza, 1995), cuando sostiene de que en la cama del enfermo no hay ninguna muerte digna (¿Ni un rastro de dignidad? En Morir con dignidad, Madrid, Trotta, 1997, pág. 76).

³⁵³ Se ha recordado que “El moribundo tiene tres temores comunes: 1. El miedo al dolor. 2. El miedo a la soledad. 3. El miedo a que la vida carezca de sentido (...) En nuestra opinión, es clave para el personal que trabaja con enfermos terminales que acepte y comprenda el hecho de que la agonía física forma parte de la vida, tanto como el nacimiento y cuando nuestros pacientes nos pregunten: ‘Dígame, ¿voy a morir?’; seamos capaces de responder con franqueza: ‘Sí, usted se morirá, y yo también’” (Benlloch Poveda, A.; Aspectos pastorales en los trabajos del CEDV (Comité Episcopal para la Defensa de la Vida) en la obra En la Vida y en la Muerte somos del Señor, Valencia, Edicep, 1993, pág. 184/185).

Otra observación que se puede efectuar es que la autora presupone, que ambos supuestos –eutanasia activa y pasiva- son iguales y en función de ello, le atribuye efectos de semejante consecuencia. En este orden de cuestiones lo que comete es una clara falacia de petición de principios³⁵⁴. No hay equiparación entre una y otra –pues eso en todo caso es lo que se intenta demostrar y no corresponde por ello afirmarlo previamente-, no es tampoco correcto que en la mal nombrada ‘eutanasia pasiva’ por la autora, el objetivo sea aminorar o disminuir el dolor, en rigor ello aparece como un impostergable objetivo deontológico de la ciencia médica acerca del cual no se puede definitivamente hoy dudar en ninguna comunidad profesional médica. En todo caso, la ‘eutanasia activa’ intenta matar al paciente y de la otra manera, sólo se aspira evitar los tratamientos desproporcionados y definitivamente dejar que la misma naturaleza humana y finita concluya un ciclo tan obvio como natural como es el morir, colaborando activamente para que ello resulte ser lo más digno posible y tal como lo dijéramos: La muerte del hombre –de cada hombre- tiene su hora biológica, su hora natural y la providencial. Por lo tanto, la vida no puede ser atentada ni antes de su momento preciso eutanásicamente, ni después de él, prolongándola con artificiosidad distanásica. La muerte en rigor acontece en su oportuno momento, el cual resulta estar expresa en el neologismo ya citado de ortotanasia³⁵⁵.

Por último no se puede dejar de compartir con la autora, que seguramente la nombrada diferencia ha tenido algún tipo de conveniencia para la construcción jurídico legal de la práctica médica actual; sin embargo no se puede dejar de notar también, que dichas afirmaciones también suman para el nombrado desconcierto en la temática, puesto que equiparar lo que intrínsecamente no es equiparable puesto que son materialmente diversas las

³⁵⁴ Dice Aristóteles “Postular o tomar lo del primero es demostrar por sí mismo lo que no está claro o no es conocido por sí mismo, esto es: no demostrar” (Analíticos primeros, 65a27). Se dice también que se comete el nombrado sofisma de dos maneras: a) Porque se utiliza como premisa lo mismo que afirma la conclusión o cuya verdad depende de ella; b) Porque se utiliza como premisa algo cuya verdad no está probada (cfr. García Damborenea, R.; Uso de razón- Diccionario de falacias, Madrid, Nueva, 2000, pág. 286 y ss).

³⁵⁵ “No resultan aceptables moralmente tanto la eutanasia en sentido estricto como la distanasia. Sólo la ortotanasia es el camino ético adecuado (...) La ortotanasia es la muerte a su tiempo, sin abreviaciones tajantes y sin prolongaciones desproporcionadas del proceso de morir, tratando de brindar en dicho proceso la mejor calidad de vida posible al enfermo” (Centro de Bioética, Documento Orientaciones bioéticas sobre eutanasia, muerte digna y cuidados paliativos, Córdoba, Universidad Católica de Córdoba, N° 2, 1999, pág. 2).

realizaciones y las intencionalidades del sujeto, hace que luego la igualación que se postula deviene errada.

Sencillamente la conducta que se cumple en la equivocada 'eutanasia pasiva', es de consecuencia con lo natural junto a una medicina paliativa noblemente comprendida que como tal supone, que la cura o el control a largo plazo de la enfermedad ya no es posible y que se preocupa entonces, por brindar el nivel más alto posible de atención al paciente; en el otro supuesto –eutanasia activa- existe sin más eutanasia, porque reconocido que queda que el dolor no es controlable o controlable que fuera, pero con una calidad de vida notoriamente devaluada³⁵⁶, se decide por acortar un camino que como tal y prima facie, parece irreversible y entonces se da muerte al enfermo³⁵⁷. Por todo ello es que hemos venido considerando a lo extenso del presente comentario, que en modo alguno resultan ellas equiparables, y admitir la dualidad de la voz eutanasia entre activa y pasiva o también eutanasia directa o indirecta; en definitiva lo único que hace es seguir colaborando a dicho núcleo de incertidumbre y equivocidad que en modo alguno creemos que haya sido tampoco fruto de una mera casualidad³⁵⁸.

Por todo lo que hemos indicado a propósito de los actos eutanásicos activos o pasivos, es que cerramos el punto

³⁵⁶ Con lo cual se advierte, que lo que antes habíamos nombrado como mero accidente de la misma dignidad del hombre; se ha convertido en la misma sustancia esencial de la naturaleza humana; generándose entonces una nueva noción de dignidad humana como es la misma calidad de vida.

³⁵⁷ Bien ha marcado este criterio en modo alguno menor, el mismo Javier Gafo quien afirma: "Eutanasia: Dejando de lado su origen etimológico, creemos que debería restringirse hoy la utilización de este término a aquellas situaciones en que se accede a poner una acción positiva con la que se quita la vida a un enfermo, que pide o exige que se ponga término a su vida" (*Eutanasia y ayuda al suicidio*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1999, pág. 46).

³⁵⁸ Desde este punto de vista hemos visto que autores católicos notables, quizás por acortar algún camino al público en general, se prestan a dicho equívoco con notable favor consecuente a tesis como la que ahora denunciamos, que tienden a efectuar mas por carácter transitivo que por otra cosa, el mismo resultado –y también juicio- a un modo de eutanasia –activa o directa- que a otra –pasiva o indirecta-. Así se anota "La eutanasia indirecta puede ser admisible ética y moralmente, porque ni en la realidad ni intencionalmente se quiere acortar o quitar la vida. Tan sólo se acepta o tolera tal acortamiento de la vida o anticipación de la muerte porque se da suficiente motivo proporcionado y grave para ello en relación con los efectos positivos que también se consiguen y por la forma indirecta con que se origina el acortamiento de la vida o la anticipación de la muerte" (Higuera Udías, G.; *Eutanasia y distanasia. Problemas éticos-morales en trabajo* En la Vida y en la Muerte somos del Señor, Valencia, Edicep, 1993, pág. 119).

afirmando que el acto pseudo-médico de la eutanasia activa, sin duda que ahora no es de un mero acompañamiento en el desarrollo progresivo y natural de la decrepitud de la vida, sino como de una afectación directa sobre la vida ya decrepita que ciertamente pueda existir, para que ella como tal se frustre³⁵⁹.

La acción médica en tales circunstancias no es ni de cura, ni tampoco de alivio y consuelo; es claramente tanática y ello en verdad que parece ser, una categoría epistemológica que dista todavía bastante de poder ser admitida dentro de la ortodoxia médica³⁶⁰. En rigor que no somos nosotros quienes a ello podemos decir, porque definitivamente carecemos del obvio argumento de autoridad por no integrar dicha comunidad profesional, mas no se nos escapa la triste opinión que el Dr. Kevorkian despertó entre sus pares, cuando transitaba carreteras con su automóvil tanático, dispensando a enfermos terminales su misma opción final³⁶¹.

En manera no igual, puesto que los tiempos todavía son diferentes. La misma ley holandesa generó la airada impugnación de ser violatoria de la Declaración de Ginebra de 1948 suscripta por la Asociación Médica Mundial, o contra los principios de Ética Médica Europea firmados por

³⁵⁹ Al sólo efecto de dejar suficientemente aclarado a que realidades se refieren las nociones de 'auxilio al suicidio' y de llevar a cabo la terminación de la vida del paciente a su propia solitud; nos ha parecido esclarecedor el siguiente párrafo de las autoras citadas Luna y Salles, pues dicen: "Un caso paradigmático de suicidio asistido es el del paciente que pone fin a su vida con una dosis letal de una medicación prescrita por su médico con la intención de ayudarlo. En cambio, un caso paradigmático de eutanasia activa sucede cuando, a pedido del paciente, el médico le administra dicha dosis letal con la intención de evitar un sufrimiento mayor. En ambos caos, el médico juega un papel causal importante y es el paciente quien toma la decisión. Pero mientras en el suicidio asistido, el médico se limita a ayudar al paciente a que se suicide, en la eutanasia activa, el médico es directamente responsable de la muerte del paciente" (*Decisiones de vida y muerte*, Bs.As., Sudamericana, 1995, pág. 114).

³⁶⁰ De cualquier manera no se puede omitir señalar, a manera de aclaración pertinente, que existe en nuestra República un movimiento médico importante que se conoce como de 'La Nueva Tanatología' y que en verdad, se encuentra en las antípodas de cultivar con preocupación la ciencia de la muerte y del morir tal como es, la tanatología. Los nombrados basan su realización en el principio de 'cuidar mas allá de curar', proponiéndose disminuir sufrimientos de pacientes, mejorando la calidad de vida de ellos y colaborar a que se preparen para la muerte, reconciliándose con la vida, si es el caso" (vide Martínez Bouquet, C.; *La nueva tanatología* en Cuadernos de Bioética N° 1 (1997) pág. 163-167).

³⁶¹ Kevorkian, J.; *Eutanasia- La buena muerte*, Barcelona, Grigalbo, 1993.

los miembros de la Comunidad Europea en la Conferencia de los Profesionales Médicos en el año 1987³⁶². Todo ello sin indicar aquello que evidentemente resulta más obvio y ostensible: la razón de la medicina es la curación del enfermo, la mitigación del dolor y la condolencia ante el trance de la muerte del enfermo cuando no existe curación posible –curar, aliviar y consolar–; el médico que aún a requerimiento del paciente colabora activamente, en pos de un resultado intencional diferente no cumple con un acto médico; sino pues que acredita con ello su doble fracaso desde lo técnico en primer lugar porque no ha podido ofrecer una alternativa que resultara satisfactoria y digna para el enfermo, y desde lo humano personal, porque no se ha sentido impuesto de valorar al otro desfalleciente como un ser primariamente necesitado de afectos y atención personal, antes que de una inyección letal³⁶³.

La aceptación de la eutanasia es lo análogo a la admisión del reconocimiento del fracaso de la medicina, pues aparece claramente desmotivante para la comunidad profesional que en vez de ocuparse por buscar nuevos adelantos respecto a la forma de la curación de ciertas enfermedades, derechamente se rinden ante el altar de la ejecución con el consiguiente costo en vidas humanas.

En el caso holandés tal como se advierte, es el médico quien ejecuta materialmente los procedimientos de muerte o colabora para que el paciente los pueda como tal efectuar, previo cumplimiento de un conjunto de extremos dispuestos por la misma ley, para que el nombrado procedimiento no merezca reproche jurídico, puesto que el descrédito social –aunque se intente de alguna manera silenciar– obviamente que existe. Y si bien se puede sostener que la vida es una cuestión acerca de la cual existe una clara autonomía, para mantenernos dentro de una esfera propiamente racional del problema –sin perjuicio de que nos resulte de extrema dificultad quitar también de ella su perspectiva trascendente y de ser siempre donación divina– y por lo tanto, todo individuo personalmente con muchas o pocas razones, podrá terminar disponiendo de ella; mas lo que no parece posible, es que pueda efectuar esa enajenación del

poder dispositivo sobre su propia vida a un tercero, con independencia que sea o no médico³⁶⁴.

La autonomía del sujeto-enfermo no parece posible que pueda dispensar a que definitivamente, sea un tercero el que juzgue si su propia decisión resulta adecuada o no a un determinado estado médico-clínico-psicológico y luego de ello, ejecutar o colaborar en el acto mismo de dar muerte; pues tan pronto como ese otro tercero médico, interviene en el proceso, evaluando las condiciones externas del acto autónomo del paciente, asume una transitividad dicha autonomía que por eso mismo, hace que ella para el paciente deje de ser autonomía y se convierta derechamente en una petición sometida a un control externo y ajeno y por lo cual; de resultas que aparece que tal decisión no es autónoma sino heterónoma. Definitivamente depende de otro que se pueda o no cumplir, se trata entonces de un acto claramente transitivo y está claro que –y siempre desde el nivel puramente racional del problema– no existe otro posible, que no sea uno mismo, quien pueda disponer de su propia vida. Toda disposición que se hace de la vida ajena en tales condiciones, resulta civilmente cuestionable.

Adviértase que allí no existe en manera alguna autonomía en la elección por el paciente, puesto que en rigor de verdad se está trasladando la misma dimensión autónoma, a que sea otro quien defina por el nombrado enfermo y que como tal, no está en modo alguno bajo las mismas condiciones ni físicas ni psicológicas que le permitan hacer una evaluación semejante a la que realiza quien si tiene la autonomía para la definición y disposición sobre su misma vida.

Está fuera de duda, que existen muchas actividades, ejecuciones, realizaciones, en que la dimensión autónoma del sujeto puede ser trasladada y aquél que aparece como beneficiario de la misma, la puede ejecutar, realizar o actuar como si fuera el cedente de lo autónomo; mas cuando se trata de trasladar la misma facultad de disponer de la vida, no estando el cesionario-médico en las condiciones semejantes a quien cede –cedente-enfermo–; el nom-

³⁶² En dicho orden la importante Asociación de Holandesa de Enfermos (*Nederlandse Patienten-vereniging (NPV)* en un comunicado oficial atenta contra el artículo 2, párrafo 1, de la Convención Europea sobre la tutela de los derechos de la persona y de las libertades fundamentales, según el cual, el derecho a la vida de cada individuo esta protegido por la ley (vide www.edufam.net/tinter/com172.htm).

³⁶³ En particular Brugarolas Masllorens, A.; *La atención al paciente terminal* en Manual de Bioética General, Madrid, Rialp, 1994, pág. 378 y ss.

³⁶⁴ Precisamente por esta circunstancia es que la misma ley holandesa debe verse como una verdadera excepción a la misma cultura anglosajona, profundamente liberal. Pues en el ámbito de la público, priman los principios éticos de no-maleficencia y justicia; y en lo privado, el de autonomía y beneficencia; por lo cual, pensar desde la cultura liberal contemporánea que otro pueda disponer sobre un ámbito de la privado y claramente autónomo como es la propia vida, como si fuera suya, aparece como un exceso (cfr. Gracia, D.; *Ética de los confines de la vida* en *Ética y Vida: Estudios de Bioética*, Bogotá, El Buho, 1998, T.III, pág. 294). Un análisis jurídico de dicho aspecto puede ser consultado con interés en Jakobs, G.; *Sobre el injusto del suicidio y del homicidio a petición*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 1996.

brado cesionario de la autonomía y médico que en el caso deberá llevar adelante la gestión pseudo-médica y claramente tanática, no están en condiciones de equiparación que permitan que pueda cumplir adecuadamente con la cesión autónoma que defectuosamente se le intenta realizar y como tal, resulta oprobioso para el mismo derecho que a ello como tal se lo pueda legalizar.

Porque si bien es cierto, que el derecho normativo exige para poder desarrollarse de un número no menor de las mismas ficciones jurídicas; nadie puede ignorar que admitir la existencia de las ficciones dentro del ordenamiento jurídico, es lo mismo que acoger la institucionalización de la mentira sobre determinada materia o cuestión; mas de allí poder llegar a atender la misma farsa que el médico se encuentra en lugar del enfermo y luego que puede, actuar la ejecución tanática por esa sola razón, deviene exorbitante en sus mismas facultades: una cosa es acordar efectos jurídicos sustanciales o procesales a una ficción porque con ella se compromete derechos patrimoniales o extrapatrimoniales, mas hacerlo sobre el derecho a la misma disposición de la vida es claramente diferente.

Creemos entonces, acorde a lo que hemos señalado en el acápite 'B'; que cuando la ley se refiere en el nombrado artículo 1, inc. 'b' al 'auxilio al suicidio', pues que no existe allí una categoría suficiente que como tal autorice a que pueda haber dicha traslación de competencia de autonomía del enfermo al médico y que finalmente pueda como tal, legitimar el mencionado accionar médico.

Volvemos entonces a reiterar, que una cosa es la actitud pasiva y ortotanásica que el médico puede tomar y que se verá claramente mejorada cuando existe un requerimiento en dicho sentido por el propio paciente, de no actuar el profesional distanásicamente; a aquella otra que implica, ejecutar la misma acción que como tal resulta ser definitivamente la causa eficiente de la misma muerte del paciente, o sea eutanásica.

V.- COMENTARIOS A LOS 'REQUISITOS DE CUIDADO Y ESMERO PROFESIONAL' (art. 2)

Capítulo 2 - Requisitos de cuidado y esmero profesional

Artículo 2

1) Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:

a) ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada,

b) ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora,

c) ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro,

d) ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último,

e) ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a) al d) y

f) ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.

2) El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida.

Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.

3) Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión.

4) En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o a una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo”.

Ingresando ahora sobre lo indicado en el artículo 2 del texto, y que se refieren a los requisitos que la ley señala que una vez cumplidos, serán suficientes para dispensar la punición penal al médico interviniente, debemos advertir que son seis requisitos que a la vez, son todas condiciones necesarias que tiene que cumplir el nombrado médico respecto al paciente en algunos casos, respecto a determinada rutina administrativas en otros y finalmente de información a ámbitos públicos que a la vez, hacen de segundo control.

A.- PETICION VOLUNTARIA Y MEDITADA

El primero de los incisos impone a que el médico tenga la convicción, que la petición que realiza el paciente ha sido bien meditada y además de ello voluntaria. En rigor la primera consideración que se puede hacer, y no sólo para el presente inciso sino para la totalidad de ellos, se vincula con la misma seriedad y entidad que la propia conciencia del enfermo pueda tener en dicha ocasión y en grado transitivo, la posibilidad de que la nombrada decisión pueda ser trasladada adecuadamente.

En primer lugar queremos advertir, que no se debe ver en la mencionada afirmación ninguna vuelta desmesurada a actitudes de paternalismo médico, en donde el enfermo además de un determinado padecimiento clínico tiene también una notoria incapacidad para pensar y por lo cual paternalistamente el médico piensa por él³⁶⁵. Lejos de ello. Mas no parece fuera de ningún contexto de realidad señalar que quien se siente próximo a la muerte, debe valorar y medir distinto el mismo momento que se encuentra viviendo al que lo hace quien no se encuentra en dicha situación, basta pensar, en cómo se relativiza la totalidad de lo sensible y mundano de lo terrenal frente a la inminencia de la muerte y pues parece ser que ello fuera de cualquier duda, alguna incidencia también habrá de tener al mero nivel psicológico para tomar una decisión de semejante trascendencia y que de seguro entonces que algún grado de no-objetividad posee³⁶⁶: el estado de depresión del paciente es

³⁶⁵ Se ha dicho que "De ahí que en la relación clínica clásica el enfermo estuviera sometido a un fuerte proceso de infantilización (...) Por el propio hecho de la enfermedad pues, todo enfermo debía ser considerado un incompetente moral. No podía ni debía tomar decisiones. Y la única virtud moral exigible al paciente era la obediencia" (Gracia, D.; *Bioética clínica en Estudios de Bioética, Bogotá, El Búho, 1998, T.II, pág. 72*).

³⁶⁶ Ni siquiera podemos señalar que los llamados supuestos de la 'muerte por otros' y que como tal, es aquella situación por la cual puede el otro experimentar dolorosamente la ausencia-muerte del amado; es sólo ello una aproximación siempre deficitaria de mi propia muerte, puesto que esa como tal lo deja vivo. De allí que mucho cuesta en verdad comprender, cual es el grado de comprensión de la meditación que de la muerte

inocultable, de allí que la voluntad del mismo se encuentre claramente sesgada.

Y tal como se advierte, sin ingresar a considerar el grado de elevada sugestión que por terceras personas – familiares o no- puedan haber llegado a influir en la misma toma de decisión por el enfermo, con lo cual se abre espacio al no menor campo de los abusos en dicho tema³⁶⁷.

Obviamente que con dichas consideraciones no colocamos en duda, que el moribundo podrá tomar definiciones tan complejas y trascendentes como la vinculada con la vida misma; como tampoco ignoramos acerca de las nombradas declaraciones que en el lecho de muerte diferentes personalidades realizaron, y por lo cual siguieron demostrando de una estructura de pensamiento preclara³⁶⁸.

Mas lo que ponemos seriamente en duda, es que la captación o lectura que de tales cuestiones pueda hacer el médico sea realmente la ajustada a dicha verdad. No dudamos que los mismos mecanismos inconscientes que se pueden poner en marcha frente a tan desgraciado acontecimiento, pueden movilizar actitudes equívocas como así también de indisimulable falta de claridad conceptual objetivamente considerada; que como tal no permitirán casi nos atrevemos a señalar en ningún supuesto si la evaluación realizada por el paciente ha sido bien o mal meditada.

En rigor no se nos escapa, que en la proyección el mencionado extremo quedará reducido a una mera constatación empírica de que el paciente no se lo advierta in situ claramente coaccionado; mas no quiere ello decir que efectivamente no lo haya sido en algunos momentos anteriores por algún miembro de su misma familia. Como a la vez, cumpliendo el médico con el llenado de un detallado for-

hizo el moribundo, cuando quien la juzga se encuentra siempre necesariamente lejos.

*Se ha dicho que "Esta experiencia de la vivencia de la muerte se basa en una verdad primaria: la muerte no es una 'unidad existente'. Como lo dice M. Oraison: 'Lo que hay, somos nosotros que morimos. Se trata exclusivamente de un hecho, y más precisamente de un hecho que no ocurre a nosotros o como suele decirse: de un acontecimiento personal'" (Thomas, L.; *Antropología de la muerte, México, FCE, 1993, pág. 271*).*

³⁶⁷ Cfr. Condemarin, P. *Eutanasia* en Anales de la Universidad de Chile N° 6 (1997), Santiago, pág. 32 y ss.

³⁶⁸ Se anota seguramente en la investigación más completa sobre la muerte que: "Sintiendo el moribundo su fin cercano, tomaba sus disposiciones (...) Así dispuesto, el moribundo puede cumplir los últimos actos del ceremonial. Comienza por un recuerdo triste y discreto de las cosas y los seres que ha amado, por un resumen de su vida, reducida a las imágenes esenciales..." (Ariès, P.; *El hombre ante la muerte, Madrid, Taurus, 1999, pág. 20*).

mulario pre-impreso donde se hayan depurado fórmulas de rigor a tal respecto; con lo cual tampoco reflejará dicha realización que efectivamente la nombrada conclusión del enfermo, y que el médico en la circunstancia constata, haya sido realmente bien considerada y ponderadamente meditada.

Adviértase incluso, que el nombrado médico que cumplimenta con tales actividades es quien ha llevado adelante la atención anterior de dicho paciente y por lo tanto, es muy posible que su misma especialidad puede estar muy alejada de aquellas otras, que le permitan reconocer con mayor cuota de éxito el funcionamiento mismo de los llamados mecanismos de defensa, o de falsas estrategias mentales que el propio enfermo puede generar consciente o inconscientemente para producir el mismo acto de información acerca de la adecuada ponderación de la decisión que ha sido obtenida. Las nombradas observaciones de todas maneras corresponde señalar, que igualmente quedarán subsistentes aun cuando se utilicen por carácter supletorio los llamados ‘test de medición de capacidad’ y que fueron produciéndose como mejoradores al formulado por los Dres. Roth, Meisely Lidz en el año 1977³⁶⁹.

Definitivamente que el convencimiento que el médico tenga, será siempre relativo entonces, y que como tal aparece de suma gravedad puesto que no se puede perder de vista ni siquiera por un instante, que ello le otorga las facultades para la realización del acto transitivo de dar muerte a su paciente. A ello no se le puede dejar de anexar, que en términos de inversión de tiempos profesionales, de asignación de recursos económicos en salud³⁷⁰, como así también de gestión de desgaste profesional, resultará desde ya siempre más expedito y menos complicado, siempre que en términos generales la cuestión no parezca desmedida y por ello posible de traer algún tipo de complicación; evaluar afirmativamente la decisión del moribundo.

³⁶⁹ Roth, L; Meisel, A.; Lidz, C.; *Test of competency to Consent to Treatment in American Journal Psychiatry* 1977, 134 (3) pág. 279/284 citado por Lorda, P.; *La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas en Estudios de Bioética, Madrid, Dykinson, 1997, pág. 123 y ss.*

³⁷⁰ Se puede afirmar que en los países desarrollados las estadísticas indican que casi el 70% de las muertes se producen en los Hospitales, como así también que el 80% del gasto sanitario se invierte en los tres últimos años de vida de las personas. De allí sin duda alguna, que la eutanasia puede presentar una forma eficiente para ahorrar presupuestos en salud.

B.- DOLOR INSOPORTABLE SIN MEJORA ULTERIOR

1.- El inciso siguiente –b- y que también padece de los mismos vicios que el anterior respecto a lo que se vincula con el convencimiento, pues nos enfrenta a otros dos temas de no menor importancia, como es que el padecimiento del enfermo resulte insoportable por una parte, y que no existe esperanza de mejora por la otra.

En cuanto concierne al primero de los aspectos, sin duda de mayor gravedad que el restante problema, pues no podemos ocultar nuestra severa preocupación para lograr racionalizar dicha aseveración y luego de ello, poder colocarla dentro de algún parámetro que pueda ser cuantificada objetivamente.

La ley requiere que el padecimiento sea ‘insoportable’, mas la primera cuestión es saber si se refiere a los padecimientos físicos, espirituales o también morales. En verdad que una hermenéutica adecuada de la ley, permitiría afirmar que no habiéndose efectuado el mencionado distinguo³⁷¹ ella alcanza a cualquiera de los mencionado aspectos y si bien puede parecer más grave y severo, que una persona se encuentre afectada de un cáncer pulmonar a que le hayan amputado ambas piernas, se nos ocurre pensar, que si se trata de un bailarín, seguramente que ello importara para el nombrado artista un padecimiento espiritual el citado déficit, tan severo, que es muy probable y siguiendo la lógica de la ley holandesa, que no resulte posible evitar estar convencido el médico del padecimiento de tal naturaleza insoportable que dicho artista padece y en función de ello, colaborar en el mencionado acto eutanásico. Sin embargo a poco de transitar, no se pueden ocultar el conjunto de despropósitos que ello puede significar.

Tronchar una vida siempre es grave y lastimoso, mas poder colaborar legalmente para ello, no otorgándole en el caso al artista, la posibilidad a que descubra que además de sus piernas tiene el resto de su corporeidad con suficiencia para continuar disfrutando de la vida; y si bien no se puede dudar que ello habrá de importar algún tiempo en ser percibido resulta también inexorablemente que acontecerá, pues así lo demuestran los miles de casos de personas que han visto por una u otra razón frustradas las expectativas de ámbitos de vida por determinadas pérdidas disfuncionales.

Sin embargo la ley holandesa le arrebató de alguna manera a ese individuo del tiempo para la nombrada reflexión, ofreciéndole a cambio la posibilidad de tomar un camino relativamente inmediato y que como tal, aunque sea

³⁷¹ Resulta una regla de hermenéutica primaria aquella que sostiene que *interpretatio cessat in claris*.

ponderado y meditado, lo será siempre ello en una temporalidad tan breve que como tal, desvirtúa la misma severidad de la meditación.

Otro de los aspectos que resulta altamente cuestionable en el tópico es lo vinculado con que el padecimiento debe ser ‘insoportable’; y que resulta estar indicado en el inc.ºb’ del nombrado artículo. En tal orden debemos señalar que si bien es cierto, que existen un conjunto de parámetros que permiten efectuar una especie de tabulación respecto a los diversos ‘grados de dolor’, no menos cierto es que han sido realizadas dichas taxonomías principalmente sobre la base de elementos objetivos externos, tales como: movilidad, comunicabilidad y otros que son reflejos clínicos. Pero en rigor de verdad, en ninguno de los casos puede existir una posibilidad de alguna manera uniforme en cuantificar el dolor y mucho menos de poder transmitir al mismo.

En dicho orden resulta valioso tener presente que en términos generales se ha afirmado que el dolor, es una experiencia somatopsíquica en la que el componente físico sólo juega un papel del 35% de la experiencia dolorosa³⁷²; de manera tal que los elementos psicológicos, espirituales y sociales conforman la expresión o acción evocada individual de la sensación psíquica-dolorosa; de ella se ha dicho que “viene matizada en cada enfermo según su nivel cultural, sus creencias religiosas y su grado de conocimiento de la enfermedad”³⁷³.

De allí que tales aspectos son como claramente demostrativos que la nombrada objetividad del dolor que se pretende lograr, a través de la caracterización de que el nombrado es ‘insoportable’ en modo alguno existe. En rigor y atendiendo a la obvia incidencia de los aspectos psicoemocionales en su configuración, pues es el dolor siempre individual y propio a cada uno de los enfermos, es

³⁷² *Seguramente que mucho tiempo atrás, los médicos helénicos ya lo habían advertido y por ello insistían de no menor manera que junto al deterioro que en el enfermo el dolor causa; correspondía la asistencia por la palabra puesto que ella, se convertía en auténtica psicoterapia verbal. En tal orden recuerda Pedro Lain Entralgo que “La salud anímica de un hombre, condición de su salud somática y necesario presupuesto para la recta administración de cualquier medicamento, consiste, pues, en el buen orden de las dos partes principales de su alma: aquella en que predomina lo racional o lógico, modificable por la acción de la dialéctica, y aquella otra en que prepondera lo irracional o creencial, susceptible de educación por el encanto persuasivo de la epodè, el bello discurso o el mito” (La curación por la palabra en la antigüedad clásica, Madrid, Revista de Occidente, 1958, pág. 174).*

³⁷³ *Benlloch Poveda, A.; Aspectos pastorales en los trabajos del CEDV en En la Vida y en la Muerte somos del Señor, Valencia, Edicep, 1993, pág. 180.*

a ellos y no a los demás a quien duele; y con independencia que pueda el médico tabularlo al mismo con alguna suerte de barómetro del dolor, lo cierto es que el mismo nunca podrá atender las variables no fisiológicas y por lo tanto tampoco, conseguir establecer alguna pauta objetiva de cual dolor es insoportable y cual es soportable.

En definitiva, bastará con que se denuncie padecer el dolor insoportable para que el mismo habilite la condición necesaria para poder reclamar el acto eutanásico. En tal aspecto habría que señalar que la norma general que es la ley, pues viola una de las características generales que hace a la misma esencia de ella, como es que sea general³⁷⁴. El supuesto de hecho en el caso que ahora nos ocupa, en modo alguno puede ser comprendido como general, puesto que no se ajusta a una conducta regular y típica de ‘dolor insoportable’, sino que remite a una condición subjetiva pura y por lo tanto, claramente discriminatoria en una medida y arbitraria en la restante.

El supuesto de hecho en la ley holandesa es entonces, particular y no general porque está fuera de duda, que existen individuos que están dispuestos a sacrificios y dolores que otros en modo alguno podrían sobrellevar, y ello en manera alguna resulta posible de ser cuantificado externamente, cada uno conoce aquello que le duele y cuánto es que le duele; volvemos a reiterar que “el dolor es el resultado individual y específico de la interrelación entre los siguientes componentes: a) Sensación física transmitida por un sistema nociceptivo, b) Estado psicoemocional del paciente y c) Creencias, influencias y fantasías que actúen sobre el enfermo”³⁷⁵. Aparece como un severo despropósito el intentar cuantificar el dolor individual, como igualmente que sería en vano, tratar de medir la alegría espiritual que los individuos poseen; y ello se ve multiplicado en la complejidad de la construcción normativa, cuando además es una tercera persona la que tiene que evaluar el grado de insoportabilidad que tiene el dolor.

Además de esta deficiencia que se podría considerar claramente sustancial y ordenada respecto a la cuantificación objetiva del padecimiento y sólo admitiendo que por ello comprendemos dolor físico, puesto que como tendremos oportunidad de señalar, pues resulta obvio que existen otros tipos de padecimientos no físicos y que por lo tanto, denunciados que sean ellos como insoportables porque igualmente resultan de absoluta desmarcación por paráme-

³⁷⁴ *Cfr. De Cabo Martín, C.; Sobre el concepto de ley, Madrid, Trotta, 2000.*

³⁷⁵ *Benlloch Poveda, A.; Aspectos pastorales en los trabajos del CEDV en En la Vida y en la Muerte somos del Señor, Valencia, Edicep, 1993, pág. 180.*

tros externos y objetivos, es que el acto eutanásico quedará formalmente habilitado.

Mas volviendo a la hipótesis de que el padecimiento sea el dolor físico, en rigor no se puede desconocer, que la voluntad misma del enfermo, cumple en la emergencia un papel decisor pues sólo él conoce, la cuantificación de su dolor y por ello, el carácter de insoportable del mismo; pero a la vez, no se puede ocultar que la mencionada voluntad subjetiva individual se encuentra claramente alterada. Alterada al grado tal, que el mismo dolor según los datos de los cuales disponemos queda conformada en gran medida por sus propias competencias psicológicas: de esta manera aparece gravitante una suerte de razonamiento circular que como tal sostiene la misma estructura nuclear de la ley, lo cual en rigor de verdad no hace otra cosa, que poner en grado de evidencia un severo despropósito dentro de ella.

Se ha dicho y creemos con la mas absoluta evidencia científica, que generalmente el paciente que solicita su propia muerte se encuentra, en muchas ocasiones, en un estado de depresión tan notoria, que hace difícil que se pueda considerar dicha decisión como una tal verdaderamente libre. No se podría dejar de advertir en dicho orden de cuestiones, que tal como los estudios de la doctora Elizabeth Kübler Ross sugieren, pues que el moribundo sigue su propio proceso psicológico ante la enfermedad y el mismo se va mostrando a lo largo de periplo en diversas fases, iniciándose con una que es la misma negación, ira, regateo y depresión, seguida de una segunda fase de aceptación³⁷⁶; con lo cual bien puede acontecer que el reclamo de la eutanasia por parte del enfermo, sea coincidente con dicha fase de severa angustia y que tal como, en términos generales la misma ciencia médica tiene acreditado, resulta una primer estadio en el difícil proceso del paciente en estado terminal³⁷⁷ y que también en muchos casos, resulta ser etapa

³⁷⁶ La nombrada clasificación se enumera en la siguientes fases: negación, ira, pacto, depresión y aceptación. Con posterioridad se formularon algunas otras más completas, por caso Sporken dice: 1. Fase de ignorancia: conspiración del silencio; 2. Fase de inseguridad: esperanza y expectativa; 3. Fase de negación implícita: se hacen planes ambiciosos de futuro; 4. Fase de comunicación de la verdad. Es conveniente comunicarlo en estadios tardíos; 5. Fase de negación, depresión y aceptación.

³⁷⁷ La noción de estado terminal, define una situación de muerte inminente inevitable, en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte. Se afirma también, que para poder hablar con propiedad de estado terminal ha de tratarse de una enfermedad incurable con pronóstico infausto a corto plazo. No puede considerarse paciente en estado terminal al que, con una enfermedad incurable y de pronóstico fatal, tiene una esperanza de vida razonable superior a seis meses.

también superada ulteriormente. Con la gravedad obviamente que aquí dicho tránsito se ha impedido de cumplir, por la muerte anterior del sujeto.

De tal forma, que colaborar con el reclamo de eutanasia que efectúe el paciente, significa en gran medida interferir el ciclo psicológico que los pacientes llevan en el mismo curso del trabajo de la muerte en la expresión de Kübler Ross. Sin duda que aquellos que completan con éxito esta transición psicológica, de la negación a la aceptación, mueren con un espíritu esperanzado. La eutanasia no sólo que es intrínsecamente maléfica, sino que operativamente impide conseguir en el enfermo este objetivo igualmente primario, como es ganar una reflexión esperanzadora acerca de la experiencia de la muerte, la que queda arrebatada en modo imperdonable por la misma ciencia médica que colabora acelerando los tiempos históricos, privando al paciente del espacio psicológico de la nombrada experiencia³⁷⁸.

En esta línea, el Dr. Robert Twycross, Profesor de medicina paliativa en la Clínica MacMillan de la Universidad de Oxford, concluye: "He trabajado durante veinte años en la medicina paliativa. Cuando se tienen en cuenta todos los factores -físicos, psíquicos, sociales y espirituales-, la eutanasia no es la respuesta"³⁷⁹.

Cabe agregar además que hoy por hoy, la medicina paliativa se ve acompañada en algunos países bajo un modelo de 'Unidades Hospices' o simplemente 'Albergues', que rigurosamente se han convertido en un verdadero símbolo de la mejor medicina que se puede ofrecer para este tipo de pacientes³⁸⁰.

³⁷⁸ Señala Thomas, al menos desde la autoridad de la estadística en la cual afirma cada tesis, que en los casos que el moribundo ha logrado la aceptación de la realidad que se le avecina, y acoge con serenidad la muerte; se advierten incluso 'mejoras espectaculares' -aunque en rigor clínico no sean tales- y que se exteriorizan por un desencadenamiento de la libido que se muestra por medio de dos movimientos que pueden estar relacionados y que se pueden señalar como: una apatencia relacional y una expansión libidinal que introduce al paciente por última vez en el ámbito de la acción. Pues como se advierte, cualquier de las dos manifestaciones no son menores para quien está por morir, ni tampoco para quienes están sufriendo la muerte del moribundo (cfr. Thomas, L.; *La muerte - Una lectura cultural*, Barcelona, Paidós, 1991, pág. 71).

³⁷⁹ Vide Fernández Crehuet, J.; Eutanasia, atención a pacientes terminales y profesionales de la salud. Intervención en la comisión del Senado de España sobre eutanasia (1999) en Cuadernos de Bioética Nº 44 (2001), pág. 55/62.

³⁸⁰ El movimiento de los 'hospices' se inició en Gran Bretaña en 1948 bajo los aportes de la Dra. Cicely Saunders en St. Thoms Hospital, habiéndose ya consolidado como estructura compleja a partir de la década del setenta.

Lo cierto y definitivo en relación con el dolor físico, es que se puede afirmar sin riesgo a cometer falacia alguna, que por este tiempo existen medicamentos que hacen a la posibilidad real de poder controlarlo de manera eficaz en el 99% de los casos, tal como indica la misma Asociación Médica Británica; además de ello no se puede ocultar que integra parte de uno de los deberes positivos requeridos a la comunidad médica en general, en razón del llamado 'derecho a la dignidad' que los médicos han declarado reconocer y que se enuncia así: "El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales"³⁸¹.

En este mismo orden y con no menor trascendencia, si bien no desde la medicina, pero sí desde el punto de vista claramente confesional, en el Catecismo de la Iglesia Católica se ha sostenido: "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"³⁸².

Resulta valioso puntualizar atento a lo indicado y para evitar caer en un exceso de la farmacología también, que se deben cumplir ciertas condiciones para que ellos no puedan encubrir en definitiva intenciones claramente eutanásicas, por caso: 1) Que no haya otra alternativa mejor que ellos, 2) No se pueden utilizar otras terapéuticas o utilizadas ellas, devienen fútiles; 3) Se advierte la existencia evidente de dolor físico en el paciente, 4) El enfermo cumplió o puede razonablemente hacerlo después, con sus deberes religiosos, personales, familiares y civiles respectivos. No debe existir entonces sobredosis alguna de analgésicos, el propósito debe ser aliviar el dolor al paciente y no eliminar al doliente³⁸³.

³⁸¹ Cfr. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos de los Pacientes, adoptada por la 34^ª Asamblea Médica Mundial (1981), enmendada por la 47^ª Asamblea General, Bali, Indonesia, 1995.

³⁸² Conferencia Episcopal Argentina, *Catecismo de la Iglesia Católica*, N° 2279.

³⁸³ Vide Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud, *Carta de los Agentes de la Salud*, N° 123, donde se apunta: "Cuando 'motivos proporcionados' lo exijan, 'está permitido utilizar con moderación narcóticos que calmarían el dolor, pero también conducirían a una muerte más rápida'. En tal caso 'la muerte no es querida o buscada en ningún modo, aunque se corre este riesgo por una causa justificable: simplemente se tiene la intención de limitar el dolor de manera eficaz,

De todas maneras no se puede dejar de señalar, por ser ello también un dato de la realidad, que personas vinculadas con el movimiento de los 'hospices' han señalado, que aun pacientes claramente atendidos a la luz de la medicina paliativa, han expresado su deseo de morir de manera clara y meditada³⁸⁴; mas aun el Dr. Julius Hackethal, reconocido oncólogo y director de una clínica quirúrgica para enfermos oncológicos en Alemania, y que ha hecho de los cuidados paliativos una eficaz arma de tratamiento a sus pacientes, admite haber recibido con alguna frecuencia por parte de ellos el pedido de ayuda para el suicidio, y que dice también haber accedido a tal petición³⁸⁵.

A ello se le puede agregar una no menor consideración que fuera brindada por Sherwin Nuland, que desde una experiencia poco igualable, ha sostenido en manera concluyente que "En líneas generales, la muerte es trabajosa (...); aunque unos miles mueran de repente cada año tras un instante corto de malestar (...), sigue siendo verdad que tan sólo uno de cada cinco seres humanos muere en tan felices circunstancias. Incluso aquellos que se nos van rodeados de una paz ejemplar dejan a menudo a sus espaldas días y semanas de sufrimientos físicos y psíquicos"³⁸⁶.

De cualquier manera ello no obstaculiza las conclusiones anteriores, sin perjuicio de reconocer que no deja de tener la mencionada consideración una fuerte incidencia en la toma de decisión para la elaboración misma de la norma. Se podría llegar a considerar incluso, que la ley holandesa que nos ocupa es un raro caso, en donde ha sido resultado en términos relativos claro está, de una utilización no aleatoria del mismo argumento ad misericordiam y que como es sabido, rigurosamente que es falaz, al menos en el campo que ahora nos ocupa³⁸⁷.

cuando para tal fin aquellos analgésicos de los cuales dispone la medicina"

³⁸⁴ Cfr. Küng, H. y Jens, W.; *Morir con dignidad- Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Trotta, 1997, pág. 93.

³⁸⁵ Cfr. Kraus, A. y Alvarez, A.; *La eutanasia*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1998, pág. 45.

³⁸⁶ Nulanda, S.; *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Madrid, Alianza, 1995, pag. 141.

³⁸⁷ La falacia ad misericordiam "Consiste en apelar a la piedad para lograr el asentimiento cuando se carece de argumentos. Trata de forzar al adversario jugando con su compasión (o la del público), no para completar las razones de una opinión, sino para sustituirlas" (García Damborenea, R.; *Uso de razón- Diccionario de falacia*, Madrid, Nueva, 2000, pág. 271).

En el supuesto que nos ocupa, en donde la cuestión no es meramente una posición o tesis argumentativa que se intenta defender, sino una ley que se pretende -y de hecho se obtuvo- promulgar, vuelven a brillar con color especial las consideraciones de quien fuera, uno de los más ilustres sofistas de todos

Por ello, admitir que hay dolores incontrolables o insoportables no tiene una justificación clínica rigurosa y por lo cual, bajo aspecto alguno pueden ser ellos el mismo supuesto de hecho de la norma jurídica. Pues por el contrario, creemos que el nombrado hecho genera un espacio para una especulación en modo alguna menor, como es la de abrir espacio para otras razones, tal como se ha deslizado ya, que son en verdad las que hacen a la misma realidad del instituto que la ley como tal regla; y que no sólo que hacen a la misma legalización de la eutanasia, sino que promueve su ejercicio³⁸⁸. Pues no sólo entonces, que la ley tolera la realización de la nombrada actividad, sino que decididamente promueve su ejecución, todo ello en atención de la misma laxitud de los requisitos que como tal la autorizan.

No podemos dejar de ocultar la no menor preocupación que nos embarga, cuando asistimos a normativas como la que en la ocasión analizamos. Pues un breve racconto histórico demuestra que no sólo que ella era previsible sino que ahora también, son previsible las nuevas consecuencias sociales que de la misma se habrán de generar. Se ha puesto en marcha sin duda, el argumento de la pendiente resbaladiza y que a poco de andar se advierte cumplido, otrora los promotores de la eutanasia y del suicidio asistido comenzaron por retirar la alimentación e hidratación a los enfermos comatosos, luego alentaron la existencia de suministrarles una inyección letal con el consentimiento de sus familiares; ahora, matando a propia petición a los moribundos que así lo solicitan, seguramente que luego darán muerte a quienes no lo soliciten pero sean terminales y quizás algún día, decidirán simplemente que enfermos deben vivir y cuales morir³⁸⁹.

los tiempos, Gorgias, quien dijera: “Las palabras que mueven a la piedad, las súplicas y ruegos a los amigos son eficaces cuando el juicio depende de la multitud” (*Defensa de Palamedes*, compilación Llanos, A.; *Los presocráticos y sus fragmentos*, Bs.As., Juárez, 1968, pág. 270).

³⁸⁸ En una apretada síntesis se puede señalar que aquéllas ‘otras razones’, de alguna manera se encuentran claramente sugeridas tras las siguientes categorías: ocultación de la muerte, cultura del bienestar y la ética utilitarista. En este orden el discurso de Juan Pablo II a los participantes en la V Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida: ‘La Dignidad del Moribundo’, del 27.II.99 resulta claramente elocuente, aun en su brevedad. En este mismo sentido, resulta valiosa la *Carta de los Agentes de la Salud*, del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de Salud, 1994, párrafo 147.

³⁸⁹ Formulamos un juicio tan severo sobre la base no sólo de lecturas que así lo orientan, sino por la gravedad que trasciende de una editorial del diario *The Wall Street Journal* (30.IX.99), en donde comentando el modelo holandés se refiere “Karel Gunning, médico y conocido opositor a la eutanasia en

Reiteramos que nos parece sumamente equívoca la noción que se ha utilizado en el texto, y en función de ello es que ya no podríamos sostener todo el crédito lingüístico que a la ley hemos dado mas arriba. Somos de la opinión que hablar del ‘padecimiento insoportable’, es haber elegido precisa y deliberadamente una noción de por si de una textura abierta y que como tal, difícilmente pueda encontrar cortapisas y que entonces, torna la soportabilidad -o su ausencia- en una cuestión protoplástica y que permite anidar bajo su matriz cualquier otra intencionalidad.

2.- Respecto a que no deben existir esperanzas acerca de la mejora del enfermo; pues nos coloca frente a otro tipo de dificultad, no se trata de una afirmación que resulte de imposibilidad controlar como la anterior; sino que se encuentra ella en los umbrales de ser ella falaz.

Todos los médicos o han tenido experiencias personales o conocen de otros que las han tenido, de situaciones médicamente terminales y que sin embargo factores que resultan propiamente extraños y poco explicables desde dicha perspectiva, han gravitado³⁹⁰ en tal manera que han modificado una diagnosis precisa; desde este punto de vista con la misma tenacidad que se puede sostener la debilidad de la misma pena de muerte al conocer la falibilidad que los jueces han podido tener ya sea, en la merituación de la prueba o en el conocimiento de los hechos históricos que fueran juzgados; aquí acontece lo análogo. La existencia misma de un solo caso que como tal haya demostrado, que la misma existencia de la enfermedad terminal no implica rigurosamente siempre, el término de la misma vida del paciente, pone en severa tela de juicio la

el país, teme que estas medidas pequen de exceso de confianza en los médicos. Es bastante posible, afirma, que los médicos mientan al afirmar que el paciente solicitó la eutanasia. Para quien piense que tales temores son desproporcionados, conviene reparar en que el Journal of the American Medical Association detectó, al hacer una encuesta entre médicos holandeses, que en un gran número de las eutanasias practicadas en Holanda entre 1990 y 1995, no hubo petición alguna por parte del paciente”.

³⁹⁰ Desde una perspectiva católica en verdad que resulta fácilmente comprensible el tema, toda vez que corresponde que sea ubicado en un contexto de esperanza, tal como se ha definido: “La esperanza cristiana lleva en sí la base para nuevo despliegue, como ella es por su parte despliegue de la fe. Entre los frutos de la esperanza pueden mentarse la oración, la paciencia y la caridad.

“El que reconoce por la fe que está destinado por Dios a un fin sobrenatural, que no puede alcanzar por sus propias fuerzas, sino sólo con ayuda de la gracia de Dios, y el que, desplegando su fe, dirige sus aspiraciones a este fin, es decir, toda la actitud de la esperanza, se ve por el mero hecho impulsado a pedir la ayuda de la gracia” (Hörmann, K.; *Diccionario de moral cristiana*, Barcelona, Herder, 1985, pág. 242, 2ª col.).

existencia clara, definitiva y permanente de la ausencia de esperanza en la mejora.

Además de ello nos cuesta en verdad admitir, que en el futuro no muchas de las enfermedades y padecimientos hoy existentes habrán dejado de serlos, con lo cual, técnicamente nos parece que sería menester haber indicado en la ley, que tal situación de desesperanza en la mejora, debe ser juzgada en aquella época y en ninguna otra; lo contrario y tal como queda redactada en la actualidad la norma, permitiría afirmar mañana que se propició y colaboró con la muerte de individuos que por dicha fecha, tienen clara capacidad de curación³⁹¹.

En este sentido la ley, es un reconocimiento mediático de la incapacidad de la medicina contemporánea para resolver ciertas enfermedades, lo cual en verdad que no estaría intrínsecamente mal que ello ocurra, mas si lo está, porque en vez de acusar su intrínseca deficiencia porque ontológicamente ello debe ser de esa manera, pues prefiere trasladar el mismo costo de su déficit al sujeto pasivo de la nombrada ciencia como es el paciente mismo.

El nombrado aspecto, no dudamos que será uno de los puntos que con mayor firmeza la comunidad medica internacional habrá de cuestionar de la nombrada ley.

Desde otra perspectiva también se puede advertir, que el hecho mismo de que no exista esperanza de mejora en el enfermo, en sí mismo no quiere decir tampoco y acorde a lo que resulta del exclusivo texto de la ley, de que esa enfermedad de la que no se vaya a mejorar o curar el paciente sea de la cual también advenga la muerte. Existe una gran cantidad de individuos que viven desde el inicio mismo de su vida enfermos; con una enfermedad que conocen prima facie al menos que tampoco va a ser curada y sin embargo ello no autoriza, o al menos el sentido común así lo sugiere, a que puedan solicitar la colaboración o asistencia al suicidio de un médico.

En el orden de lo que acabamos de señalar, debemos meditar, destacando que no nos resulta cómodo ser torpes en la consideración, pero a veces los casos particulares sin duda que pueden superar cualquier previsión de la ley; y

³⁹¹ De cualquier manera no se puede dejar de apuntar, que en un caso o en otro, los nombrados profesionales, desde el punto de vista moral han colaborado formalmente al cumplimiento de dicho acto que el paciente decidió autónomamente realizar. Podemos afirmar la cooperación (profesional) formal que aquí los médicos cumplen lo es, porque ellos así quieren, con libre iniciativa y por lo tanto implicando con su conducta aprobación de la misma acción ajena. Huelga destacar, que la cooperación formal al mal nunca es moralmente lícita, mientras que aquella otra material, lo podrá ser (cfr. Rodríguez Luño, A.; *Ética general*, Pamplona, Eunsu, 1991, pág. 303 y ss).

coincidimos –otorgando el crédito a la ley- que ella no ha querido pensar en la hipótesis de un enfermo con diabetes y que la nombrada dolencia genera en el enfermo un padecimiento inicialmente moral, como además de físico, de características de ser el mismo insoportable y por lo cual llevar adelante el reclamo que la ley holandesa autoriza, como es, la colaboración o asistencia al suicidio; lo cual tornaría evidente los designios aberrantes que la ley como hipótesis podría generar, con lo cual, sería el primado de las razones no expresas hoy las que justifican la misma declaración legislativa.

La consideración que estamos realizando en la ocasión, en modo alguno debe ser comprendida como una bajeza por nuestra parte y que pueda ser rotulada como una deslealtad en la cooperación³⁹² que al discurso normativo corresponde atender, sino que resulta ella claramente adecuada y contextualizada a la ley que comentamos.

Pues ello es de dicha manera, porque tal como se advierte; en oportunidad alguna la ley dice, que el sujeto que solicita la eutanasia debe ser un enfermo que como tal, puede ser considerado afectado de una enfermedad terminal³⁹³, acorde a los parámetros universal y médicamente conocidos para ello. En modo alguno; puede ser perfectamente un sujeto a quien se le amputa sólo un brazo, pierde un ojo o alguna cuestión semejante, que esta fuera de toda duda que es ello siempre grave y triste, pero que prima facie y razonablemente considerando parecen tales déficit realmente poco relevantes, para un acto tan comprometido como es el de estar legalmente autorizado a matar a otro cuando ese otro, así lo requiere.

C.- INFORMACION AL PACIENTE DE LA SITUACIÓN

La totalidad de los incisos que restan del mencionado artículo 2, son de carácter objetivo y también de cumpli-

³⁹² Cfr. Miranda Alonso, T.; *El juego de la argumentación*, Madrid, De la Torre, 1995, pág. 118 y ss. En el caso concreto, nos referimos a la regla de cooperación de Walton que aparece adaptada por nosotros al ámbito de la hermenéutica legislativa y no puramente del diálogo argumentativo.

³⁹³ La enfermedad es la terminal y el paciente en todo caso, es irrecuperable. Ha dicho –descriptivamente- Zulaica Aristi que la “situación de enfermedad terminal se puede definir como: 1) Presencia de enfermedad avanzada e incurable por los medios técnicos existentes, 2) Imposibilidad de respuesta a tratamientos específicos, 3) Presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes que condicionan la inestabilidad evolutiva del paciente, 4) Impacto emocional (debido a la presencia de la muerte) en el paciente, familia y equipo terapéutico, 5) Pronóstico de la vida breve (inferior a seis meses” (cit. por Blanco, L.; *Muerte digna- Consideraciones bioético-jurídicas*, Bs.As., Ad Hoc, 1997, pág. 69).

miento por el médico. Pues en los anteriores por el contrario –incisos ‘a’ y ‘b’–, el médico había reconocido subjetivamente el cumplimiento de ciertos estados de ánimo en el enfermo, como así también el mismo convencimiento de la solicitud de la eutanasia que le era requerida por el nombrado paciente; ahora se trata de que el facultativo, haya cumplimentado, en el inciso ‘c’ –al menos–, con dos condiciones objetivas; y que como tal, seguramente tienden a asegurar no sólo la misma verosimilitud de la información que ha sido brindada al paciente acerca de su estado sanitario, sino también el resguardo de tener debidamente documentado el llamado consentimiento por el médico; como así también haber destacado cuales son las perspectivas futuras de la enfermedad.

Se trata tal como se reconoce, de una suerte de consentimiento informado que el médico obtendrá del paciente que está requiriendo el acto eutanásico; sin embargo no se puede dejar de apuntar una no menor cuestión que en el caso ocurre. Pues como es conocido, el nombrado consentimiento informado presupone al menos una parte que brinda información y otra que comprende la misma y en consecuencia a ella asiente o no, acerca de lo que le es requerido³⁹⁴. En el caso que nos ocupa, el nombrado consentimiento-información que es solicitado que el médico objetivamente cumplimente, desde la tradición de bioética resulta claramente insuficiente.

Al médico objetivamente la ley no le impone que encuentre una recepción de la información que ha sido brindada, esto es, no debe generarle preocupación que el paciente no comprenda definitivamente lo que el médico indica que padece; como al médico tampoco, le generará dificultad alguna ni de conciencia ni de cualquier otro orden que el paciente haya comprendido o no su información; pues le resultará suficiente con advertir que lo nota ‘convencido’ de la petición que está reclamando; aunque definitivamente pueda tener algún desconocimiento mayor o menor de lo que el mismo médico se encarga de explicar.

Se podrá considerar desmedida nuestra apreciación en el punto, toda vez, se podrá contra-argumentar, que si existe el convencimiento también se reúne el conocimiento; cuan-

³⁹⁴ *Brevemente podemos apuntar, atento a la excelente bibliografía existente en la materia, que por defecto el médico está obligado a informar al paciente de todo aquello que pueda serle relevante en su proceso de toma de decisión. Informar y entender lo informado, aparecen como notas inmediatamente vinculadas; no existe consentimiento informado sin comprensión y no existe asentimiento de lo informado y comprendido, sin un consentimiento que aparezca expreso o por actos inequívocos tal. Seguramente que una de las mejores obras en español que por este tiempo existe es Simón, P.; El consentimiento informado, Madrid, Triacastela, 2000.*

do en definitiva no es de esa manera. Primero porque la nota de convencimiento que tiene el paciente para reclamar la eutanasia, la juzga el médico y como hemos dicho, puede tener un grado de contenido no somático de elevada preponderancia; además de ello, estar sin más convencido de algo no significa conocer algo. Cuando la materia acerca de lo que se desconoce es de la realidad de una enfermedad y de lo que se dispone es de la propia vida, bien se puede decir que dicha ignorancia es letal.

Consideramos entonces que una omisión de tal envergadura dentro de la ley no resulta en modo alguno fruto de una actitud involuntaria; quizás pueda para ello existir una explicación más severa que la que intentaremos nosotros brindar y que pasa por sostener que el argumento racional que en verdad a veces se le suele atribuir a toda solicitud de eutanasia, es prácticamente inexistente. Pues consideramos que ella se asienta en definitiva, en la deficiencia psicológica que un individuo tiene cuando se encuentra frente al proceso de muerte; que como tal, lo puede vivenciar mejor desde su misma dimensión afectiva antes que la racional, puesto que ella –la faz racional– en términos generales habrá de dimensionar en el análisis otras cuestiones que como tal el dolor o el mero miedo al mismo, obstaculizan.

Por ello consideramos que la ley busca, no que el enfermo conozca lo que tiene, sino que muestre un convencimiento de la solicitud, nada más que ello. Ahora bien, deviene ello adecuado, sin saber también en los términos de consentimiento informado que lo ha comprendido racionalmente al problema.

Finalmente podemos señalar que resulta obvio del mencionado ítem, que no se le requiere al médico otra cosa que no sea la de poner de manifiesto cual es la ‘razón médica’ que como tal importará la misma definición del caso; y tal como de ella resulta volvemos a hacer notar, que en manera alguna se requiere que la mencionada enfermedad deba tener alguna gravedad. Bien pueden existir situaciones, tal como lo hemos apuntado ya, que existen sin lugar a dudas estados de compromiso sanitario que resultan claramente irreversibles y por lo tanto, sin posibilidad alguna de mejora en el futuro, y que como tal, habrán de generar padecimiento no menores en lo que respecta al ámbito de lo moral o incluso espiritual; que como lo hemos sostenido resulta de discutible entidad y de profunda peligrosidad el atenderlo.

D.- INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCION RAZONABLE

El nombrado inciso tiene una importancia en modo alguno menor, pues como se puede reconocer más allá de lo

que inmediatamente el mismo sugiere, se debe advertir que aquí aparece evidente y notoria la existencia de una relación de cooperación formal (al mal) que el médico establece con el paciente³⁹⁵; puesto que –tal como lo impone el texto normativo– el médico debe estar convencido³⁹⁶ junto con el paciente, que no existe otra solución razonable que no sea dar muerte al último de los mencionados. No se trata ya, de una apreciación técnica la que al médico se le requiere, sino una participación volitiva semejante a la que el mismo paciente tiene; de allí entonces que no se puede dejar de establecer alguna preocupación por la manera en que puede influir dentro del propio médico el mismo querer matar a su paciente, que como se advierte no es un requisito menor, a la hora de tener que efectuar las restantes valoraciones objetivas y propias de la ciencia médica.

El inciso en cuestión, también postula acerca de la inviabilidad de otra solución razonable para la situación del enfermo; y si bien no se puede dejar de advertir ahora una cierta ambigüedad en la norma, toda vez que la remisión que realiza a la ‘situación del paciente’ debió ser explicitada, puesto que puede ser considerado dicho perfil desde diferentes ángulos en el análisis, por caso: psicológico, fisiológico, moral, económico, social, etc. Pues que en rigor parece ser que se puede colegir, sólo por hermenéutica legislativa y dándole al legislador el crédito de ser un individuo razonable y previsor, que se vincularía la nombrada situación una vez más, con los ya descritos padecimientos insoportables que sufre el paciente como así también la no esperanza, de mejora ulterior del mismo.

³⁹⁵ *La cooperación consiste en la ayuda o facilitación que mi acción presta a la ejecución de lo que otro ya ha decidido autónomamente hacer. Nuestra cooperación a la acción ajena, en cuanto ésta es buena o mala, puede ser querida directamente y por libre iniciativa, y como tal implica aprobación de la acción ajena (cooperación formal), o puede ser tolerada, sin que ello implique aprobación del comportamiento ajeno, en cuanto la cooperación se desprende inevitablemente de una acción que bajo algún aspecto tenemos necesidad de poner (cooperación material)” (Rodríguez Luño, A.; Ética general, Pamplona, EUNSA, 1991, pág. 141). Finalmente hay que destacar, que la cooperación formal al mal, nunca es moralmente lícita.*

³⁹⁶ *Se trata entonces, de no una mera aquiescencia que el médico pueda tener en función de una adecuada gestión argumentativa que el enfermo pueda haber llevado a cabo, y que al menos como hipótesis teórica habría que considerar como posible; sino que tiene que existir además de ello, una total reflexión racional que hace que el médico, no sólo que esté persuadido de la realización práctica del acto eutanásico; sino claramente convencido y por ello es su voluntad movida al ejercicio ante una toma de reconocimiento racional de tal actuación (cfr. Perelman, Ch.; Olbrechts-Tyteca, L.; Tratado de la argumentación- La nueva retórica, Madrid, Gredos, 1989, pág. 65).*

Mas en realidad siendo ello de esa manera, la ley vuelve a poner en grado de evidencia que los intereses que la animan no son sólo, los expresamente indicados; puesto que bastaría con mostrar que existiendo una adecuada medicina paliativa el padecimiento no se torna insoportable y por ello tampoco, resulta posible el acto eutanásico tal como la ley autoriza. La medicina paliativa, con la totalidad de facetas que a la misma la constituyen, desde los aspectos puramente clínicos hasta los acompañamientos de contención psicológica, ha demostrado sin lugar a dudas que es una ‘otra solución razonable’ para situaciones como las que se pueden encontrar dichos enfermos.

Los cuidados paliativos son el mejor recurso contra la eutanasia: el enfermo no quiere la muerte, sino evitar el sufrimiento. De todas maneras no resulta menor señalar, que ello debería imponer que las políticas sanitarias de los Estados deberían ser orgánicas en generar una clara red de contención sanitaria a partir de dicho espacio³⁹⁷; en cuanto ello esté mas distanciado del real apoyo que pueda brindarse a los enfermos en situación terminal, seguramente el espacio para modelos eutanásicos semejantes al de Holanda es posible que resulte más fecundo.

Pero seguramente que resulta mucho más complicada la nombrada implementación respecto a la misma atención personal que hay que brindar al enfermo, que la vía que sugiere el camino de la eutanasia; toda vez, que en tal ocasión lo que se está ponderando es la integralidad de la naturaleza humana comprometida en su totalidad por una enfermedad acerca de la cual no existe pronóstico de supervivencia; y no sólo atendiendo a ciertos y determinados aspectos o facetas como acontece en la presente ley y que en rigor de verdad, si ellos son considerados los únicos valiosos y ponderables no dudamos que cierto es, que costara no poca dificultad encontrar otra solución razonable.

Pues definitivamente habría que discutir si la cuota de razonabilidad que la ley propone como la otra solución alternativa y más valiosa; está siendo dispuesta a favor del paciente sufriente, de sus propios parientes que ya se encuentran desesperanzados por la situación del enfermo, o hasta y en el no peor supuesto, que la cuota de razonabilidad esté brindada a partir de un cálculo económico del costo del enfermo terminal y que tal como se ha dicho, no resulta en modo alguno menor.

³⁹⁷ *Por caso se puede señalar que desde diciembre del año 2000, en España el llamado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estableció las bases para el desarrollo de un Plan Nacional de Cuidados Paliativos; en detalle puede ser consultado en Revista Enfermería Actualidad, Abril 2001.*

E.- CONSULTA Y VISITA POR UN MEDICO EXTRAÑO

Respecto al inciso 'e' se trata de una suerte de comprobación cruzada y por la cual, otro médico acredita en el mismo sentido que aquél que llevara a cabo el cumplimiento de la solicitud de terminación de la vida del paciente, de que la totalidad de extremos anteriores se encuentran debidamente acreditados. De cualquier manera no se puede ocultar, que atento a que el mencionado extremo era ya existente en la práctica tolerada desde el año 1993, se duda que efectivamente el número de casos denunciados por caso para el año 1999 de aproximadamente 3.600 (próximo al 3% del total de muertes ocurridas en Holanda) sea en realidad el número total y no exista una cifra aún mayor.

Vuelve a resultar restricta la letra de la ley frente a los hechos que en verdad se pueden presentar. Debe advertirse que se ha omitido cualquier consideración que diga acerca de la especialidad que el médico tercero debe tener; por lo cual, parece que la misma opinión que se pueda conformar de la nombrada situación realmente que será siempre parcial e imprecisa de lo que como tal, debe recabar.

Si por una parte, se trata de un médico dedicado a la psiquiatría, seguramente que estará en mejores condiciones profesionales que otros, en poder reconocer la existencia del convencimiento requerido por la ley tanto en el médico que solicita la suerte de 'interconsulta tanática', como así también la del paciente debe tener; pero es previsible, que si fuera insistimos un especialista en psiquiatría quien cumple este reaseguro de la definición primaria del médico del enfermo; pues que esa misma capacidad de poder reconocer el nombrado extremo psicológico, puede llevar algún desmedro en la evaluación técnica rigurosa del estado del paciente desde el orden fisiológico en general.

Por el contrario, si se trata de organizar una gestión suficientemente técnica desde el punto de vista fisiológico o clínico en general, quizás el déficit quede centrado en la dificultad de reconocer los aspectos psicológicos del mismo convencimiento que el paciente tiene que demostrar tener, para que la norma de la ley como tal funciones y no haya consecuencia penal sobre el médico que ayuda o ejecuta el acto eutanásico.

F.- MATAR CON EL MÁXIMO CUIDADO Y ESMERO PROFESIONAL

Finalmente el inc. 'f', que se refiere materialmente a la acción directa del médico en el cumplimiento de la terminación de la vida o del auxilio al suicidio de su paciente; pues se le solicita al mismo que coloque el máximo cuidado y esmero profesional en ello. Y si bien en un primer mo-

mento puede parecer de notable mal gusto dicha recomendación; tal vez desde la misma psicología social se le pueda encontrar alguna suerte de explicación a la nombrada prescripción.

En dicho orden destacamos que tiende a sugerir, que en la ocasión se articule una adecuada estética en torno al cumplimiento del acto tanático³⁹⁸ de tal modo que hasta se pueda llegar a confundir, quizás no inmediatamente pero luego en el tiempo, de que el mismo acto de dar muerte al enfermo, casi no fue cumplido o al menos queda notoriamente desdibujado³⁹⁹.

En tal orden corresponde meditar que en la misma forma que una sociedad como la holandesa con leyes como las que consideramos, y más allá de todas las otras consideraciones que hemos realizado, de seguro se advierte que tiende a proponer en manera notable la privación a cada hombre de su propia muerte⁴⁰⁰, ofreciéndole a cambio, caminos alternativos en dicha emergencia que de seguro no son adecuadamente ponderados por el mismo enfermo, porque es su misma visión de la realidad la que está por su misma enfermedad de alguna manera

³⁹⁸ De hecho que la práctica que en Holanda se viene cumpliendo desde varios años a estar parte, es mediante la administración de una primera inyección con la cual se logra un estado comatoso en el paciente, y luego de ello, se la administra una segunda con la cual se detiene el corazón y se produce el deceso del mismo.

³⁹⁹ No se puede dejar de señalar en este orden de cuestiones vinculados con la estética de la muerte, ahora ya en concreto sobre el acto mismo de dar muerte donde resulta desde ya evidente el progreso existente, si uno mira retrospectivamente desde la pócima de cicuta de Sócrates y la inyección letal suministrada a estos enfermos.

Sim embargo no puede dejar de advertirse que la tendencia ya venía orientada en dicho orden; al menos así se puede juzgar dentro de la cultura anglosajona toda vez que ya había habido una notable preocupación en tal sentido y explicitada a partir de los llamados 'ritos funerarios' en donde el 'aseo funerario' es un dato absolutamente cualificante, por caso: embalsamiento momentáneo del cuerpo para otorgarle cierta cuota de naturalidad, la exposición del cuerpo en las 'funeral homes' -y no salas velatorias como podemos creer- donde es más una reunión social -con refrigerios y música- que un acompañar. Definitivamente parece que a la estética de la muerte se le agrega el carácter de haber llegado a ser también, un objeto de consumo.

⁴⁰⁰ Aparece de clara pertinencia un párrafo de Philippe Ariès donde señala: "Acabamos de ver cómo la sociedad moderna privó al hombre de su muerte y cómo sólo se la restituye si no la utiliza para perturbar a los vivos. Recíprocamente, prohíbe a los vivos que se muestren emocionados por la muerte de los otros, no les permite ni llorar a los difuntos ni demostrar extrañarlos" (*Morir en occidente*, Bs.As., Adriana Hidalgo, 2000, pág. 213).

desfasada, porque es su situación de estado de vida claramente conclusivo.

No se puede ignorar que esta estética de la muerte es no ya sólo mirando a quien habrá de morir, sino a quienes lo verán morir; quienes en última instancia, siendo la muerte de aquél otro tan anunciada y esperada, no podrán –y quizás de alguna manera les está también proscripto- efectuar expresiones de su duelo, como manifestación legítima y natural de la desposesión física de otro para el cual se sentía amor, afecto, cariño, amistad, etc.

No puede haber duelo porque la moral higienista de la muerte programada y solicitada del enfermo asegura un método que reúne la totalidad de condiciones de éxito técnico y también afectivo, se trataría de una nueva especie del llamado género de la ‘muerte prohibida’, en cuanto que tanto como se desea –los parientes en el paciente- se tiende a ocultar o mitigar, aparecen como pocos los casos frente a la realidad cuantitativa existente de ellos, donde se asume cual fue la vía que precipitó el desenlace, aunque ella como tal es deseada sigue siendo críptica.

La crónica de las muertes anunciadas, imponen una lógica de la consecuencia de los actos, quien ha colaborado de manera indirecta para tal consecución, como es por caso, el no haber opuesto resistencia ofreciendo razones de peso para impedir la progresividad de la solicitud de colaboración a la muerte propia por parte del médico o la asistencia al suicidio; en rigor no debe luego condolerse del nombrado desenlace, mas parecería en verdad y sin querer ser sarcástico, que debería experimentar una cierta cuota de mejoría. Mejoría que creemos que en modo alguno es equiparable con aquella que sienten hijos cuando mueren sus padres, después de alguna agonía, no porque precipitaron su muerte sino porque ella lo encontró al enfermo, allí donde era su tiempo.

El hecho de suavizar en todo lo posible el enfrentamiento con el instrumental de la muerte, tiende a generarle al mismo paciente y aquí también a los parientes –y que sin duda tienen un papel gravitante a la ahora de haber llegado a la conformación de la convicción el mismo paciente- de que tal acto será rápido, eficaz y en manera alguna cruento; seguramente que si al enfermo se le propusiera la misma solución de la ley, pero por procedimientos primitivos y tortuosos su elección no sería desde ya la misma, por lo cual tampoco se puede ocultar el valor persuasivo que el método de eliminación como tal tiene y que ante sujetos con un estado emocional y psicológico en principio afectado queda demostrado la notable cuota de manipulación existente. De allí es que se puede volver a marcar, que

definitivamente dentro de las causas explícitas que nombramos como manifiestas para la realización del acto eutánico, no está sino en el temor –fundado desde ya- al dolor y al sufrimiento por lo cruento que el proceso de muerte puede generar que para determinadas enfermedades se atribuyen. Resulta redundante volver entonces a marcar la importancia de la medicina paliativa integral.

Por lo que hemos señalado en definitiva destacamos que vuelve a aparecer en modo evidente en el análisis del presente inciso, la noción de que primero no existe una comprensión limpia y consciente del paciente acerca de lo que reclama para sí, puesto que se encuentra severamente viciada su conciencia y por lo tanto no se puede otorgar bajo aspecto alguno, efectos jurídicos de clase alguna a ellos y mucho más, cuando de solicitar a otro que le quite la vida. Como además también, que el flagelo real que la enfermedad sin esperanza de sobrevida genera, en un grado significativo es rigurosamente el temor al dolor físico que ella importa y que como hemos dicho también, es una de las variables que con mayor crédito se pueden equilibrar.

VI Anexo: Ley Holandesa 26691

Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de los funerales (Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio)

Proyecto de ley modificado

Doña Beatrix, Reina de los Países Bajos por la gracia de Dios, Princesa de Oranje-Nassau, etc, etc,

A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed: que previas reflexiones he llegado a la conclusión de que es conveniente que en el Código Penal se incluya una eximente aplicable al médico que, cumpliendo los criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, haga que termine la vida de un paciente a petición del mismo o preste auxilio al suicidio y que, a tal fin, se establezca por ley un procedimiento de notificación y comprobación; que, tras haber escuchado el dictamen del Consejo de Estado y después de que las Cortes Generales la hayan aprobado y entendido de común acuerdo, en consecuencia yo apruebo y entiendo por la presente:

Capítulo 1 - Definiciones

Artículo 1

En esta ley, se entenderá por:

a) Nuestros ministros: el ministro de Justicia y el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte;

b) Auxilio al suicidio: ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal;

c) El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio;

d) El asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio;

e) Los asistentes sociales: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del libro 7 del Código Civil;

f) La comisión: comisión de comprobación a que se refiere el artículo 3;

g) Inspector regional: inspector regional de la Inspección de la Asistencia Sanitaria del Control Estatal de la Salud Pública.

Capítulo 2

Requisitos de cuidado y esmero profesional

Artículo 2

1) Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:

a) ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada,

b) ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora,

c) ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro,

d) ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último,

e) ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dic-

tamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a) al d) y f) ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.

2) El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida.

Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.

3) Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión.

4) En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o a una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo.

Capítulo 3

Comisiones regionales de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

Párrafo 1

Creación, composición y nombramiento

Artículo 3

1. Existen comisiones regionales para la comprobación de las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición propia y el auxilio al suicidio a las que se refieren el artículo 293, párrafo segundo, y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal.

2. Una comisión estará compuesta por un número impar de miembros, de los cuales al menos uno deberá ser jurista, y que a la vez será presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto. También formarán parte de esta comisión los suplentes de las personas de cada una de las categorías nombradas en la primera frase.

Artículo 4

1. El presidente y los miembros de la comisión, así como los miembros suplentes, serán nombrados por Nuestros Ministros para un periodo de seis años. Los miembros serán susceptibles de un único nuevo nombramiento para otro periodo de seis años.

2. Cada comisión tendrá un secretario y uno o varios secretarios suplentes, todos ellos juristas, que serán nombrados por Nuestros Ministros. El secretario tendrá un voto consultivo en las reuniones de la comisión.

3. En todo lo relativo a su trabajo para la comisión, el secretario únicamente deberá rendir cuentas ante dicha comisión.

Párrafo 2 Despido

Artículo 5

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán solicitar siempre el despido a Nuestros Ministros.

Artículo 6

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán ser despedidos por Nuestros Ministros por razón de ineptitud o incapacidad o por cualquier otra razón bien fundada.

Párrafo 3 Remuneración

Artículo 7

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes percibirán dietas y el reembolso de los gastos de viaje y alojamiento conforme al actual baremo oficial, lo anterior en la medida en que no se conceda por otro concepto una remuneración del Tesoro Público en concepto de los citados gastos.

Párrafo 4 Tareas y competencias

Artículo 8

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo dos, de la Ley reguladora de los funerales, la comisión juzgará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o el auxilio al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2.

2. La comisión podrá solicitar al médico que complemente su informe por escrito u oralmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder juzgar convenientemente la actuación del médico.

3. La comisión podrá pedir información al médico forense, al asesor o a los asistentes pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder juzgar adecuadamente la actuación del médico.

Artículo 9

1. La comisión comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe al que se refiere el artículo 8, párrafo primero.

2. La comisión comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria:

a) en el caso de que, en opinión de la comisión, el médico no haya actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2; o

b) en caso de que se produzca una situación como la recogida en el artículo 12, última frase de la Ley reguladora de los funerales. La comisión comunicará esta circunstancia al médico.

3. El plazo citado en el apartado 1 podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas. La comisión se lo comunicará al médico.

4. La comisión tendrá competencia para dar una explicación oral al médico sobre su dictamen. Esta explicación oral podrá realizarse a petición de la comisión o a petición del médico.

Artículo 10

La comisión estará obligada a facilitar al fiscal toda la información que solicite y que sea necesaria:

1º para poder juzgar la actuación del médico en un caso como el referido en el artículo 9, párrafo segundo; o 2º para una investigación criminal.

Si se ha facilitado información al fiscal, la comisión se lo comunicará al médico.

Párrafo 6 Método de trabajo

Artículo 11

La comisión se encargará de llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o de auxilio al suicidio que se le hayan notificado y hayan sido sometidos a su juicio. Nuestros Ministros podrán establecer reglas más detalladas al respecto mediante orden ministerial.

Artículo 12

1. El dictamen se aprobará por mayoría simple de votos.

2. Un dictamen sólo podrá ser aprobado por la comisión en el caso de que todos los miembros de la comisión tomen parte en la votación.

Artículo 13

Los presidentes de las comisiones regionales de comprobación se reunirán por lo menos dos veces al año para tratar el método de trabajo y el funcionamiento de las comisiones. A la reunión acudirán un representante de la Fiscalía General del Estado y un representante de la Inspección para la Asistencia Sanitaria de la Inspección del Estado de la Sanidad Pública.

Apartado 7 Secreto y Abstención

Artículo 14

Los miembros o los miembros suplentes de la comisión estarán obligados a mantener en secreto los datos de los que dispongan en la realización de sus tareas, salvo que alguna disposición legal les obligue a comunicarlo (y con el alcance concreto de la obligación correspondiente) o que su tarea haga necesaria la realización de un comunicado.

Artículo 15

Un miembro de la comisión que ocupe su puesto en la misma con el fin de tratar un asunto, deberá abstenerse y podrá ser recusado en el caso de que se produzcan hechos o

circunstancias que pudieran afectar a la imparcialidad de su dictamen.

Artículo 16

Los miembros, los miembros suplentes y el secretario de la comisión se abstendrán de opinar acerca de la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio.

Párrafo 8 Presentación de informes

Artículo 17

1. Una vez al año, antes del 1 de abril, las comisiones presentarán ante Nuestros Ministros un informe común del trabajo realizado en el pasado año natural. Nuestros Ministros redactarán un modelo mediante orden ministerial.

2. En el informe del trabajo realizado referido en el párrafo 1 se hará mención en cualquier caso:

- a) del número de casos de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales la comisión ha emitido un dictamen;
- b) la naturaleza de estos casos;
- c) los dictámenes y las consideraciones que han llevado a los mismos.

Artículo 18

Con ocasión de la presentación del presupuesto al Parlamento, Nuestros Ministros entregarán anualmente un informe sobre el funcionamiento de las comisiones, partiendo del informe del trabajo realizado mencionado en el artículo 17, párrafo primero.

Artículo 19

1. A propuesta de Nuestros Ministros y por medio de decreto legislativo, se establecerán reglas sobre las comisiones con respecto a:

- a) su número y competencias relativas;
- b) su sede.

2. En virtud de o mediante decreto legislativo, Nuestros Ministros podrán establecer más reglas sobre las comisiones en lo relativo a

- A) el número de miembros y la composición;
- B) el método de trabajo y la presentación de informes.

Capítulo 4

Modificaciones en otras leyes

Artículo 20

El Código Penal va a ser modificado de la siguiente manera.

A) El artículo 293 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 293. 1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.

B) El artículo 294 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 294. 1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta.

2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

C) En el artículo 295 se añadirá después de '293': , párrafo primero,.

D) En el artículo 422 se añadirá después de '293', párrafo primero,.

Artículo 21

La Ley Reguladora de los Funerales se modifica de la siguiente manera:

A) El artículo 7 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 7. 1. El que haya realizado la autopsia procederá a expedir una certificación de defunción si está convencido de que la muerte se ha producido por causas naturales.

2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destina-

das a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata el paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente, mediante la cumplimentación de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

3. Si se producen otros casos distintos de los mencionados en el párrafo segundo y el médico que trata al paciente considera que no puede proceder a expedir un certificado de defunción, se lo comunicará (rellenando un formulario) inmediatamente al forense municipal o a uno de los forenses municipales.

B) El artículo 9 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 9. 1. La forma y la composición de los modelos de certificado de defunción a presentar por el médico que trata al paciente y por el forense municipal, se regularán por medio de decreto legislativo.

2. La forma y la composición de los modelos para la

notificación y el informe a los que se refiere el artículo 7, párrafo segundo, de la notificación a que se refiere el artículo 7, párrafo tercero y de los formularios a que se refiere el artículo 10, párrafos primero y segundo, serán regulados por medio de decreto legislativo a propuesta de Nuestro ministro de Justicia y Nuestro ministro de Bienestar, Sanidad y Deportes.

C) El artículo 10 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 10. 1. Si el forense municipal cree que no puede proceder a expedir una certificación de defunción, informará inmediatamente al fiscal a este respecto rellenando el formulario establecido por medio de decreto legislativo y avisará en el acto al funcionario del registro civil.

2. Sin perjuicio de lo estipulado en el párrafo primero y en caso de que se produzca una notificación como las mencionadas en el artículo 7, párrafo segundo, el forense municipal se lo comunicará (rellenando un formulario) inmediatamente a la comisión regional de comprobación a la que se refiere el artículo 3 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio. Asimismo, adjuntará el informe motivado al que se refiere el artículo 7, párrafo segundo.

D) Al artículo 12 se le añade una frase con el siguiente texto: En caso de que el fiscal, en los casos referidos en el artículo 7, párrafo segundo, considere que no puede proceder a expedir una certificación de no objeción al entierro o a la incineración, se lo comunicará inmediatamente al forense municipal y a la comisión regional de comprobación a la que se refiere el artículo 3 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio.

E) En el artículo 81, parte primera, se sustituye "7, párrafo primero" por: 7, párrafos primero y segundo,.

Artículo 22

La Ley General de Derecho Administrativo es modificada de la siguiente manera: En el artículo 1:6, al final de la parte d, se sustituye el punto por un punto y coma y se añade una parte quinta que reza así: e) decisiones y actuaciones en ejecución de la Ley de la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

Capítulo Disposiciones finales

Artículo 23

Esta ley entrará en vigor en la fecha que se estipule mediante Decreto Real.

Artículo 24

Esta ley se denominará: Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

Ordeno que esta ley sea publicada en el Boletín Oficial del Estado de los Países Bajos y que todos los ministerios, autoridades, colegios y funcionarios relacionados con ella, la lleven a la práctica.

El ministro de Justicia,

El ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte

Senado, año 2000-2001, 26691 n° 137

