

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO CON ESPECIALIZACIÓN
EN CIENCIAS PENALES

“EUTANASIA”

LICDA. TELMA SILVERA DE DE LEÓN

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRÍA EN DERECHO CON
ESPECIALIZACIÓN EN CIENCIAS PENALES

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2006



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN

DERECHO CON ESPECIALIZACION EN CIENCIAS PENALES

Título del trabajo de tesis: " EUTANASIA "

Nombre del estudiante: TELMA SILVERA de DE LEON Cédula: 8-106-370

Miembros del Jurado:	Calificaciones que otorgan:
a: <u>DR. CARLOS MUÑOZ POPE</u>	<u>81 - B</u>
b: <u>DRA. AURA G. DE VILLALAZ</u>	<u>81 - B</u>
c: <u>DRA. JULIA E. SAENZ</u>	<u>81 = B</u>
	<u>81 - B</u>

Nota final promedio:

Observaciones generales del jurado:
EN LA EXPOSICION ORAL DEL CONTENIDO DE LA TESIS, LA ESTUDIANTE HIZO UNA PRESENTACION MUY GENERAL DE LA MISMA, AUNQUE EVIDENCIO UNA VIVENCIA PERSONAL CON SITUACIONES MUY CERCANA AL TEMA ESTUDIADO. AL RESPONDER LAS PREGUNTAS DEL TRIBUNAL, CONFUNDO ALGUNAS RESPUESTAS, PERO ELLO NO DETERMINA SU TRABAJO ESCRITO Y EL CONOCIMIENTO DEL TEMA. POR TODO ELLO SE LE CONCEDE, POR UNANIMIDAD, LA CALIFICACION DE 81 (B).

Firma de los miembros del jurado:

a: [Firma]
b: [Firma]

c: [Firma]

[Firma]
Firma del coordinador del programa

[Firma]
Firma del representante de la Vicerrectoría de Inv. y Postgrado

[Firma]
Firma del estudiante

[Firma]
Firma del decano Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Fecha: 11 de Agosto de 2014

INDICE GENERAL

1 8 MAY

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INTRODUCCION i

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ii

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES

1. LA VIDA 1

- a) Enfoque Legal 1
- b) Objeto Jurídico 1
- c) Objeto Material: Sujeto Pasivo 4
- d) El Derecho a la Vida 7
 - d.1. La Eutanasia 8
 - d.1.1. Eutanasia Pasiva 10
 - d.1.2. Eutanasia Activa o Provocada 10
 - d.2. El Homicidio 11
- e) La Vida en la Declaración de los Derechos Humanos 14

2. LA MUERTE. 17

- a) Definición de muerte según la CIOMS 17
- b) Concepto Jurídico 19

CAPITULO SEGUNDO

LA EUTANASIA COMO DERECHO A MORIR

1. EUTANASIA Y MORAL 22

- a) La Confusión del Concepto y el Fundamento 23
 - a.1. La Falacia Naturalista 25
- b) ¿Teorías Monistas o Dualistas? 28
- c) La Piedad 30
- d) Teoría del Utilitarismo 31
- e) Teoría de la Regla Dorada 34

2. EUTANASIA Y RELIGION	35
a) Concepto de Religión.	35
3. EUTANASIA Y MEDICINA	42
4. EUTANASIA Y DERECHO	47
a) La Eutanasia Respecto a los Fines del Derecho Penal	47
b) Disponibilidad del Bien Jurídico “Vida” por su titular”	51
Las Distintas Concepciones del Bien Jurídico.	
El Bien Jurídico como Relación de Disponibilidad.	
b.1. Disponibilidad del Bien Jurídico “Vida”	54
b.1. 1. Derecho a la Vida y Derecho a Morir	54
5. LA EUTANASIA	55
a) Precisiones Terminológicas	57
a.1.Eutanasia Activa	57
a.2.Eutanasia Pasiva (Ortotanasia, Adistanasia)	58
a.3.Eutanasia Natural y Provocada	58
a.4. Eutanasia Provocada	59
a.5.Modalidades de la Eutanasia Provocada Heterónoma Resolutiva	61
a.6. Eutanasia Activa y Eutanasia Pasiva	61
a.7.Eutansia Voluntaria y Eutanasia no Voluntaria	73
a.8.Eutanasia –Distanasia	74
6. OBJETO DE LA EUTANASIA	78
7. EUTANASIA E INDUCCION O AYUDA AL SUICIDIO.	86

CAPITULO TERCERO

LEY DE PRUEBA DE PETICION DE TERMINACION DELA VIDA DE 1º. DE ABRIL DE 2002, DE HOLANDA

1. TERMINACION DE LA VIDA A PETICION DEL ACTO ASISTIDO DEL SUICIDIO (HOLANDA)	93
a) Preguntas y Respuestas sobre la ley Holandesa	107
b) Modelo de Informe para el Médico en caso de terminación de la Vida o ayuda al Suicidio	123
2. LA LEY DE EUTANASIA DENOMINADA TERMINACION DE LA VIDA A PETICION DEL SUICIDIO ASISTIDO.	127
a) Su Sentido y Alcance	127
3. LA EUTANASIA Y LA CULTURA DE LA VIDA PROCLAMADA	134

POR EL SUMO PONTIFICE

a) Yo Doy La Muerte y Doy la Vida (Dt. 32,39): El Drama De La Eutanasia	135
4. EUTANASIA POR COMPASION	141
5. LA DESPENALIZACION DE LA MUERTE VOLUNTARIA CRITERIO ATENUANTE	144
a) El Homicidio por Compasión Como Hecho Eximente	145
b) El Consentimiento	146
c) Valor del Consentimiento en los Delitos	147
d) El Homicidio Consentido	149
e) El Consentimiento en la Eutanasia	150
6. EL PAPA JUAN PABLO II “EL GRANDE”	152

CAPITULO CUARTO

ANTECEDENTES DEL ARTICULO No. 32 DE LA LEY No. 68 DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2003 QUE REGULA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES EN MATERIA DE INFORMACION Y DE DECISION LIBRE E INFORMADA.

a.) El Suicidio, La Induccion o ayuda al suicidio, Homicidio y suicidio	165
1. POSICION DE LA CORTE EUROPEA PARA LOS DERECHOS HUMANOS	171

CAPITULO QUINTO

LA EUTANASIA EN EL AMBITO DEL DERECHO COMPARADO

1. LA EUTANASIA EN ALEMANIA	176
2. LA EUTANASIA EN ESPAÑA	182
a) La Eutanasia Pasiva, Fundamento Constitucional	182
b) Caso Grapo	186
3. LA PROTECCION INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	190
4. LA EUTANASIA A NIVEL MUNDIAL	191

JURISPRUDENCIA	200
CONCLUSIONES	238
RECOMENDACIONES	243
BIBLIOGRAFIA	245
GLOSARIO	252
ANEXOS	258

DEDICATORIA

A mi madre ausente..... modelo eterno e imperecedero

A mi esposo..... por su paciencia, comprensión y apoyo

A mi hija Marisín..... como ejemplo, y como guía en el
largo camino que aún le queda por
recorrer.

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los profesores integrantes del programa de la Maestría en Derecho con Especialización en Ciencias Penales, por el esmero; la dedicación y paciencia con que nos transmitieron sus conocimientos y experiencias.

INTRODUCCION

Este trabajo de investigación acerca de la Eutanasia, está enmarcado dentro de los parámetros que no trascienden más allá de lo académico, esto es consideremos que la ocasión es propicia para ahondar en conocimientos siempre que se dilucide la problemática que concita tan interesante tema.

Hemos comprendido dentro del mismo los puntos de vista de las diferentes corrientes doctrinales que según su modo de pensar, a favor o en contra de la eutanasia han expuesto sus elucubraciones sobre el particular. Para tal propósito hemos traído a colación el pensamiento de aquellos autores que fueron objeto de consulta bibliográfica, y que conforme al plan de investigación trazado, consideramos que jugaban un papel de trascendental importancia siempre que se dilucide este tema con una inquietud inusitada en la actualidad.

Por otra parte, pretendemos cumplir, y es esta nuestra intención en primera instancia, con los parámetros de acuerdo a nuestra condición de estudiante de la Maestría en Ciencias Penales, para los efectos de nuestra evaluación académica en aras de nuestra superación profesionalmente hablando.

Habidas las consideraciones anotadas en los párrafos anteriores y, sin más preámbulos, he aquí los resultados de nuestra tarea de investigación acerca de la eutanasia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En principio, la palabra “eutanasia” se deriva del griego “eu”, que significa “bueno” y “thanatos” que quiere decir muerte. Esto quiere decir, principalmente “buena muerte”, muerte apacible, sin sufrimiento”, términos estos que hacen referencia al acto de acabar con la vida de otra persona, a petición suya, con el fin de disminuir su sufrimiento.

Actualmente, la eutanasia se plantea con frecuencia como una cuestión médica. Se recogen criterios médicos clásicos y actuales sobre este modo de acabar con la vida humana y varias reflexiones de especialistas en bioética.

Para una persona que profesa el culto católico no hay duda. La Eutanasia no es aceptable ya que se trata de matar a un inocente. Un cristiano coherente se sabe hijo de Dios, y en él confía también para la hora de la muerte.

Esta situación hace surgir la interrogante respecto de que si se está de acuerdo con que en caso de enfermedad en su fase terminal se ayude a morir a una persona, inquietud ésta que hace que se opine de diferentes maneras en torno a este asunto.

Para algunos, se debe ayudar a morir a una persona si ésta está sufriendo. Opinan que para estar en una cama es mejor que muera, aunque los familiares también sufran.

Otros consideran la necesidad de ayudar a morir a un ser humano, por que sea como sea- al decir de éstos-solamente está viviendo por máquinas y no por su naturaleza y eso ayudaría a personas que necesitan órganos y ellos lo pueden donar.

Otros en cambio, consideran que no se debe ayudar a morir, porque a su juicio, hay que ver como se hace para que sobreviva, sin utilizar este método.

Hay quiénes piensan que no se debe ayudar a morir porque, en su parecer, el único que nos puede quitar la vida es Dios, por más que una persona esté sufriendo, si él decide que debe morir es por que debe ser así, sin ninguna ayuda.

En los párrafos sucesivos abordaremos con el rigor formal de la investigación científico-jurídica esta problemática, con el ánimo de compenetrarnos en debida forma sobre este asunto que hoy por hoy, ocupa un sitio de preponderante importancia dentro del pensamiento jurídico y que concita enconadas discusiones de tipo doctrinal, discusiones que distan mucho de ser concordantes.

A ello nos avocamos en la forma como sigue. Veamos.

CAPITULO PRIMERO
CONCEPTOS GENERALES

1. LA VIDA

a) Enfoque Legal:

Nuestro Código Penal, sin acometer la definición de delito, tan sólo enuncia el hecho, describiendo los elementos que son esenciales a esta figura delictuosa. El delito de homicidio se encuentra descrito y sancionado por el artículo 131 del Código Penal panameño en los siguientes términos:

“El que cause la muerte de otro, será sancionado con prisión de 5 a 12 años”

Se está en presencia, por tanto, del tipo base, en relación con el cual existen determinados tipos agravados y otros privilegiados.

El delito aparece estructurado exclusivamente de una forma positiva, por tanto, sólo el estudio de los diversos tipos derivados, agravados o privilegiados, nos proporcionará la medida en que matar a otro deja de constituir el delito básico del artículo 131 para pasar a integrar una especie delictiva agravada o privilegiada.

b) Objeto Jurídico.

El bien jurídico que se protege mediante la incriminación de la conducta homicida es la vida humana independiente; su incolumidad ha sido considerada como el más

importante de todos los valores, pues sobre ella reposan todos los demás bienes que el hombre es portador.

El interés concerniente al mantenimiento de la vida individual, considera a ésta como un valor en sí misma, en cuanto constituye el más importante de los bienes que disfruta la especie humana; pero al mismo tiempo, como lo ha señalado JIMÉNEZ HUERTA, solo a través de su reconocimiento se hace posible la convivencia social.¹

En el homicidio no se tutela un simple derecho, sino la fuente misma de todos los demás. Su jerarquía en la escala de valores está corroborada por las graves penas acordadas para este delito.

Se ha discutido en la doctrina acerca de si la vida humana es un bien público o privado. Partidarios de la primera posición han sido los italianos, para quien la vida es un interés del Estado.

Sin llegar a admitir los extremos entre los que cabe mencionar el interés del Estado en el aumento de los niveles demográficos hoy rechazados mayoritariamente por la doctrina, cabe reconocer que el Derecho Penal consagra en la protección de la vida un

¹ (p.e. JIMENEZ HUERTA, Mariano. 1971. **Derecho Penal Mexicano, Tomo II**, Ed. PORRUA, S.A., México, pag. 16.).

interés individual y social. Partidario de la segunda posición, Camaño Rosa, considera que la vida es un bien privado.²

Compartimos el criterio de Jiménez Huerta, cuando afirma que:

“La función del homicidio consentido demuestra, en efecto, que el ordenamiento jurídico atribuye también a la vida de cada ser un valor social que se refleja en sus deberes hacia su familia y hacia el Estado”³

El catálogo de tipos penales otorga protección a la vida desde su más mínima expresión (aborto), durante su nacimiento (infanticidio), y mientras se prolonga en un estado independiente hasta que ocurre su cesación.

La protección penal de la vida, en nuestra legislación, encuentra a través del homicidio un conjunto de circunstancias de agravación y atenuación que implican mayor o menor graduación antijurídica respecto de la lesión de ese valioso bien.

El capítulo I, título I, libro II, señala que esa protección recae genéricamente en la persona. De ese capítulo únicamente el artículo 134, inducción y ayuda al suicidio, presenta caracteres distintos a los que son propios del delito de homicidio.

El delito de homicidio, tipificado por el artículo 131, tiene por agravantes los artículos 132 y 133^a. El mayor desvalor de estas circunstancias obedece a la naturaleza especial del sujeto pasivo, a la mayor efectividad de los medios, a una especial forma de dolo y a circunstancias de peligro común.

² (p.e. CAMAÑO, Antonio. 1958. *Delitos Contra la Persona Física*. Ed. BIBLIOGRAFICA URUGUAYA, Montevideo, pág. 33

Por su parte, son atenuantes la circunstancias contenidas en los artículos 66 (con causa), (pretensión); así mismo constituyen atenuantes por razón de una especial culpabilidad, el artículo 144, numeral 1 (infanticidio por causa de honor), y el artículo 133 (homicidio culposo).

La tutela específica que se realiza mediante la incriminación de la conducta homicida, debe encontrarse en la vida humana independiente que puede ser vulnerada mediante la conducta del que priva de la vida a otro. El ámbito de esta protección se extiende, por tanto, desde el nacimiento hasta la muerte.

c) Objeto Material: Sujeto Pasivo:

En el delito de homicidio, la acción recae sobre otro hombre vivo. Por “hombre”- ha dicho CARRARA – se entiende en este caso cualquier individuo que pertenezca a la especie humana, sin distinción de sexo, edad, raza o condición; hasta un moribundo, pueden ser sujetos pasivos de homicidio.

El suicidio es impune en nuestra legislación. Se identifican, como sucede en los demás delitos contra la vida, el objeto material y el sujeto pasivo, pues es la persona la que resulta destruida, el titular del bien jurídico.

Sin embargo, pese a que coinciden la objetividad material y el sujeto pasivo, subsiste la autonomía entre ambas nociones.

Se trata de una coincidencia material, y no formal, puesto que la persona-sujeto pasivo es una “entidad normativa” que circunscribe al portador del interés tutelado,

³ (p.e. JIMENEZ HUERTA, Mariano. Ob.Cit., pag.16)

mientras que la persona-objeto material es un concepto que se utiliza para señalar el organismo físico sobre el que incide la acción. La vida humana empieza con la concepción y se extingue con la muerte. Es hasta la separación definitiva del útero materno cuando el hombre comienza a tener vida independiente, sin que esto signifique que durante el proceso de formación, el producto de la concepción, en el interior del útero materno, carezca de protección por parte de las normas penales.

El interés por la conservación de la vida humana en su mínima expresión es protegido por el Código Penal panameño en el capítulo I, título I, libro segundo, que tipifica el delito de aborto.

Contrario al aborto, en el cual se protege la vida dependiente, en el homicidio únicamente puede ser sujeto pasivo aquel que exista por sí (vida independiente).

La determinación del momento en el que se adquiere la condición de hombre, por gran trascendencia práctica es materia controversial. la doctrina penal, que se ha ocupado profusamente de su estudio, precisa que, teniendo en cuenta exigencias de tipo biológico, y desde el punto de vista jurídico penal el llamado límite mínimo del hombre (nacimiento), depende de dos requisitos:

- a) Que haya tenido lugar el nacimiento
- b) Que el nacido sea una criatura viva.

Sin embargo, el acuerdo es aparente: la controversia surge al momento de establecer lo que ha de entenderse por nacimiento y los signos que revelan la presencia de la vida.

La cuestión, más que un problema jurídico, tiene sus raíces en lo biológico, y consiste en la determinación del momento en que se inicia la vida independiente. Biológicamente existe vida antes del parto, pero como quiera que este interés se encuentra protegido en las tipologías del aborto, es en la vitalidad exterior donde se interesan las normas del homicidio.

Se han formulado diversos criterios que oscilan entre el amplísimo de atender a los dolores del parto y el extremo restrictivo de requerir la expulsión completa del niño en condiciones de mínima capacidad vital.

El primer criterio es compartido casi exclusivamente por los autores alemanes, mientras que la segunda posición ha sido dominante entre los italianos. En este sentido, el concepto de existencia implica, en efecto, en separar del útero el feto ya maduro, no el convertirse en hombre en la vida intrauterina.

En España establecer el nacimiento, se ha acogido un criterio de gran eficacia práctica, el de la respiración autónoma, si bien ha recibido muchas críticas en lo biológico, tiene a su haber, una gran ventaja, que es la facilidad de su constatación.

Se ha considerado que la Docimasía Pulmonar Hidrostática es una prueba que deja tan poco margen de errores que prácticamente es insustituible; la misma permite, además, corregir cualquier error mediante el examen complementario de las vísceras intestinales.

Por otra parte la determinación del límite mínimo del objeto material del delito en nuestro código se obtiene al examinar la norma que incrimina la conducta que se ha dado en llamar infanticidio; la expresa referencia a “después de nacido” indica sin margen de dudas que nuestro Derecho Penal se acoge a la concepción restrictiva identificando el nacimiento con la conclusión del parto.

No es requisito del objeto material la condición de viabilidad o aptitud ulterior de vida, y menos aún la existencia de especiales situaciones jurídicas, como sería el homicidio de un condenado a muerte, y ni las condiciones biológicas, como la enfermedad mortal incurable padecida por la víctima pueden alterar el injusto.

En este sentido, la vida concluye con la muerte, pero mientras esta no hace su aparición la ley mantiene la prohibición de causar la muerte. Por consiguiente, es irrelevante que el sujeto pasivo se halle condenado a una pena capital, sea un moribundo o se encuentre afectado por una enfermedad incurable y mortal.

En todos estos supuestos se priva la vida a un hombre que la tuvo aún de manera efímera; el término antinómico de muerte es vida, pero no viabilidad. Desde esta perspectiva se resuelve el problema de la eutanasia.

d) El Derecho a la Vida

En principio:

“La preocupación por el derecho a la vida parece convertido en-activa o en pasiva-, es uno de los rasgos característicos del panorama actual. El debate con frecuencia polémico, suele estar impregnado de convicciones morales (no rara vez con notable impronta religiosa...) o de opciones políticas. Hace falta sin embargo un adecuado conocimiento de las posibilidades efectivas que el instrumental jurídico brinda para su defensa, así como del trasfondo ideológico que puede esconderse bajo fórmulas presuntamente técnicas”⁴

⁴ (p.e. OLLERO TASSAKA, Andrés.2004. Derecho a la vida y Derecho a la Muerte, Ediciones RIALP S.A., Madrid, pág 15

Es el derecho que tiene toda persona de existir y de mantener en estado de funcionamiento su sistema biológico.⁵

El Estado panameño debe garantizar y mantener este derecho, porque no protegerlo es negar la existencia misma del hombre. El artículo 17 de la Constitución Política consagra este derecho:

“Las autoridades de la república están constituidas para proteger en su vida honra y bienes a los nacionales donde quiera que se encuentren y a los extranjeros que estén bajo su jurisdicción”

El Código Penal protege la vida como bien jurídico tutelado, pues se atenta contra la vida ya formada o creada o la vida en formación. La vida se extiende únicamente a la integridad de la persona: no incluye la parte moral.

Atentan contra este derecho, las siguientes conductas: el homicidio, el aborto, la eutanasia, el genocidio, la desaparición forzosa de las personas, la pena de muerte, etc.

d.1. La eutanasia:

Al igual que el aborto, representa un tema polémico, ya que algunos sectores se muestran favorables, mientras que otros se muestran en contra.

Los antiguos griegos definían la eutanasia como “una muerte fácil o sin dolor”. En su sentido etimológico, la palabra eutanasia se deriva de las voces griegas “eu” prefijo que significa “bueno” y “thanatos” que significa “muerte”, lo que equivale a una “muerte buena”. En algunos Estados, la eutanasia se realiza en animales para evitarles una muerte dolorosa y de esta manera que no se prolongue

⁵ (p.e. RODRIGUEZ LU, Zulay. 1999. Curso Básico de Derechos Humanos: Consagración Positiva. 2^o. ed. Ed. PORTOBELO., Panamá.)

su sufrimiento. Refiriéndose a la etimología y delimitación de la eutanasia, JOSE MIGUEL SERRANO RUIZ CALDERON, sostiene que el término eutanasia es extraordinariamente equívoco, y no lo es sólo porque sea objeto de la reflexión de filósofos y bioéticos, con escasa capacidad aclaratoria frente a lo que supone el tópico y muy dados a hacer ininteligible lo inteligible⁶

“El término eutanasia también es equívoco porque se encuentra muy ideologizado. Y ello en cuanto se trata de una palabra con una fuerte carga emotiva. Es además una palabra que se utiliza en sentido positivo y negativo. En el primero para referirse a un ideal, a un bien que resuelve los problemas finales del hombre; los que suceden a la hora de su muerte; en el segundo, de forma peyorativa, para referirse a un futuro incierto, a una amenaza precisamente en esos momentos finales. En un sentido para reivindicar un derecho vinculado a la dignidad del hombre, en el otro para denunciar un ejemplo de crimen totalitario. Está, por tanto, en nuestra época sometido al vaivén de las diversas concepciones, se ha definido como uno de los términos más difíciles de determinar”⁷

En lo que guarda relación con el significado, la definición de este vocablo, ANA MARIA MARCOS DEL CANO, define la eutanasia como: “La acción u omisión que provoca la muerte en una forma indolora a quien sufriendo una

⁶ (p.e. SERRANO RUIZ CALDERON, José Miguel . 2001. Eutanasia y Vida Independiente, Primera Edición, Ed. INTERNACIONALES UNIVERSITARIAS, S.A., Madrid, pág. 31.)

⁷ (p.e. Idem.)

enfermedad terminal de carácter irreversible y muy dolorosa, la solicita para poner fin a sus sufrimientos”⁸

El tratadista LUIS JIMÉNEZ DE ASÚA, ofrece una definición de eutanasia que resulta muy ilustrativa. La concibe como “la muerte tranquila y sin dolor, con fines liberadores de padecimientos intolerables y sin remedio, a petición del sujeto con objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales”⁹

d. 1.1. Eutanasia Pasiva:

Es la que ocurre cuando la persona enferma se encuentra conectada a alguna máquina a la que debe su subsistencia, y los parientes solicitan a los médicos que la desconecten, toda vez que a la persona se le ha diagnosticado muerte cerebral.

d.1.2. Eutanasia Activa:

En Panamá la legislación penal la califica de suicidio y homicidio, ya que la misma persona se quita la vida, por padecer una enfermedad incurable, y no quiere prolongar su sufrimiento. También ocurre cuando interviene una tercera persona en su auxilio, con la intención de aliviarle los sufrimientos, a veces por solicitud del propio enfermo.

Es curioso que el suicidio ejecutado por la misma persona no se sancione en Panamá, pero sí cuando un tercero interviene, y logre quitarle la vida a otro.

⁸ (p.e. MARCOS DEL CANO, Ana., op.cit., pág 47)

⁹ (p.e. JIMENEZ DE ASUA, op. cit., págs. 48-49)

Puede sostenerse que la distinción entre eutanasia activa y pasiva para algunos busca reducir el concepto de eutanasia a la activa, que quedaría deslegitimada, manteniendo la pasiva como una opción factible.

Según SERRANO RUIZ CALDERON, la diferencia entre eutanasia activa y pasiva tampoco resulta relevante a los efectos jurídicos. La activa se refiere a la acción que pone fin a la vida, prototipo de acto piadoso. La pasiva consiste en omitir cierto tratamiento. Probablemente, es en este punto del carácter del tratamiento donde se pueden obtener conclusiones con trascendencia jurídica. Parece en efecto que estaríamos ante una eutanasia si el tratamiento según la *lex artis* médica fuera obligado. En caso contrario no sería eutanasia estrictamente, en el sentido que fuera preciso una modificación legal para tolerarla. Hay que diferenciar entre lo que es eutanasia pasiva por omisión de un tratamiento, o una acción debida y lo que es la abstención de aplicar un medio terapéutico, que de utilizarse nos situaría en el umbral del ensañamiento terapéutico. Lo que hay que hacer, en consecuencia, es diferenciar entre lo que es una muerte condicional, que estaría sancionada siendo acción u omisión y lo que es el tratamiento adecuado a un enfermo en la fase terminal”¹⁰

d. 2. El Homicidio:

Art. 131: “El que cause la muerte a otro será sancionado con prisión de 5 a 12 años.”

¹⁰(p.e. SERRANO RUIZ CALDERON, ob.cit., pags. 108-109)

El libro segundo del Código Penal se inicia con los delitos contra la vida e integridad personal, dando así prueba fehaciente que es la vida humana el bien de mayor importancia por ser a su vez la “fuente de todos los derechos”.

La figura delictiva que se describe en esta norma se conoce como homicidio simple. Un análisis etimológico de la palabra homicidio nos indica que se trata de causar la muerte del hombre (Homo: hombre; Caede: matar).

Autores clásicos y modernos como CARRARA Y RANIERI conciben el homicidio como la muerte de un hombre realizada injustamente por otro hombre o la muerte de un ser humano causada ilegítimamente por otro.

El artículo en comento recoge estas definiciones en siete palabras “El que cause la muerte de otro”.

Como dice CAMPO ELIAS MUÑOZ RUBIO, “El bien jurídico que se protege mediante la incriminación de la conducta homicida es la vida humana independiente, su incolumidad ha sido considerada como el más importante de todos los valores, pues sobre ella reposan todos los demás bienes de que el hombre es portador”¹¹

Este delito puede ser cometido por cualquier persona y en cuanto a la conducta idónea, el legislador al utilizar la frase “cause la muerte”, le permite abarcar todos los medios de ejecución propios para destruir la vida humana, excepto aquellos que se describen en el artículo siguiente y que dan lugar a formas calificada o agravadas de homicidio”¹²

¹¹ (p.e MUÑOZ RUBIO, Campo Elías. 1980, Derecho Penal Panameño, Parte Especial, Tomo I, ANONIMO, Panamá, pág. 32

¹² (p.e. Ibidem.-pág 125.)

Art.134: “El que induzca a otro a suicidarse o lo ayude con este fin, incurrirá, cuando el suicidio se cumpla, en prisión de 1 a 5 años”

Comentario:

Debemos partir del hecho que el suicidio no es delito. A pesar de ser la disponibilidad de un bien autorizado por la ley.

La razón por la cual se erige en delito la inducción o ayuda al suicidio, que son, en estricto derecho, formas de participación criminal, obedece al hecho de que ante la impunidad del suicidio como figura principal, es necesario, darle el rango de delito autónomo a las conductas de inducción y ayuda al suicidio.

Se trata de una excepción que permite al legislador a través de una ficción legal erigir en delito y autoría una conducta de colaboración atendiendo razones de política criminal.¹³

La doctrina dominante considera que la incriminación de esta conducta no solo protege el interés general de amparar la vida humana independiente, sino también impedir la difusión del suicidio. La amenaza de pena puede obrar como prevención general impidiendo que se le preste ayuda al suicida, evitando así que destruya su vida.

La anterior afirmación se verifica en el artículo 134 del Código Penal:

“El que induzca a otro a suicidarse o lo ayude con ese fin, incurrirá cuando el suicidio se cumpla, en prisión de 1 a 5 años”

¹³ (p.e. Idem.)

El artículo en mención no admite actos de tentativa, por cuanto sí una tercera persona ejecuta todos los actos para ayudar a la persona enferma a suicidarse y no lo consigue, entonces el delito no existe.

En los Estados Unidos, el Doctor JACK HEVORKIAN practica la eutanasia y muchos se encuentran de acuerdo, porque señalan que le permite a la persona morir con dignidad.

Sobre el particular LUIS FERNANDO NIÑO indica que:

“Los países desarrollados del mundo contemporáneo, ahitos de adelantos tecnológicos, el paradigma de desamparo suele darse en esos pacientes mantenidos por el suero, intubados, flanqueados por el desfibrilador cardíaco y el pulmón artificial, privados de la presencia de sus seres queridos, apagándose sordamente en el anonimato aséptico de una cama de la sala de terapia intensiva. El empleo de tales técnicas agresivas, curiosamente denominadas “heroicas”, ha precipitado la transformación de los enfermos terminales en una suerte de rehenes yacentes, sobre cuyos cuerpos se celebre un ajetreado “ritual de la profanación” en homenaje a la ciencia y la técnica médicas”¹⁴

e) La Vida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Es evidente que, tal y como los sostiene MARCO ANTONIO SAGASTUME GEMMELL “con la declaración universal de derechos humanos nace una época en que los derechos humanos son universales y positivos, ya no

van a proteger a los ciudadanos de un Estado sino a todos los seres humanos son universales y positivos, ya no van a proteger a los ciudadanos de un Estado sino a todos los seres humanos van a ser protegidos, incluso, contra los representantes estatales que los violen”¹⁵

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue aprobada por consenso en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, en la ciudad de París, el 10 de diciembre de 1948, bajo el espíritu: “Como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados miembros como entre los de los territorios puestos bajo su jurisdicción...”

También se consideró la necesidad de la existencia de un régimen de derecho como protección a esos derechos: “Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de derecho a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión.”

¹⁴ (p.e. NIÑO, Luis Fernando, 1994. Eutanasia. Morir con Dignidad. Consecuencias Jurídico Penales, Editorial UNIVERSIDAD, Buenos Aires, Argentina, pág. 87.)

La declaración Universal está constituida por un prólogo y 30 artículos. Los artículos 1 y 2 estatuyen que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que todos tienen igualdad ante esos derechos e instan a cumplirlos sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Los artículos 3 al 21 estipulan los derechos civiles y políticos de todos los seres humanos, incluidos los siguientes:

- a) El Derecho a la vida, a la libertad y la seguridad de la persona.
- b) La libertad de la esclavitud y la servidumbre.
- c) La libertad de no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos, y degradantes.
- d) El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica.
- e) El derecho a tener igual protección de la ley, el derecho a un recurso efectivo ante los tribunales.
- f) El derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad;
- g) El derecho a no ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia; la libertad de circulación; el derecho de asilo, el derecho a una nacionalidad
- h) El derecho a casarse y a fundar una familia; el derecho a la propiedad.

¹⁵ (p.e. SAGASTUME GEMMELL, Marco Antonio 1991. Curso Básico de Derechos Humanos, Universidad de San Carlos de Guatemala Editorial UNIVERSITARIA, Guatemala, pág. 29)

- i) La libertad de pensamiento, conciencia y religión; la libertad de opinión y de expresión.
- j) El derecho a la libertad de reunión y asociación.
- k) El derecho a participar en el gobierno de su país y el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas.

Los artículos 22 al 27 señalan los derechos económicos, sociales y culturales que poseen los seres humanos, incluidos los siguientes:

- l) El Derecho a la seguridad social; el derecho al trabajo; el derecho al descanso y al disfrute del tiempo libre; el derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar; el derecho a la educación; el derecho a participar en la vida cultural de la comunidad.

Finalmente, los artículos 28 al 30 señalan que todos los seres humanos tenemos derecho a que se establezca un orden social e internacional en el cual estos derechos y libertades se hagan plenamente efectivos y subrayen los deberes y responsabilidades que tiene el individuo para con la comunidad.

Este es el documento que más ha influido a nivel histórico en el desarrollo de la humanidad, sus normas han sido incorporadas a varias constituciones y rigen la vida de casi todos los Estados del Mundo.

2. LA MUERTE.

- a) Definición de Muerte según la CIOMS (Ginebra 1968):

“En la reunión internacional sobre trasplante, verificada en Ginebra en junio de 1968, El Consejo de Organizaciones Internacionales Médicas (CIOMS),

se llegó a las siguientes conclusiones, por lo que se refiere a los criterios de certeza del estado de abolición total e irreversible de las siguientes condiciones cerebrales.

- a) Pérdida de la vida de relación.
- b) Arreflexia y atonía muscular totales.
- c) Paralización de la respiración espontánea.
- d) Desplome de la presión arterial a partir de momento en que se mantenga artificialmente.
- e) Trazado electroencefalográfico lineal absoluto (incluso bajo estimulación), obtenido con garantías técnicas bien definidas. Estos criterios no son válidos en niños ni en sujetos con hipotermia o con intoxicación aguda (Barbitúricos, Marihuana, etc.).

La Declaración de Ginebra coincide con los criterios establecidos respecto a los distintos grados de muerte cerebral, que son los siguientes:

- 1. Muerte Cortical:** Requiere un electroencefalograma plano durante un tiempo mínimo de cuatro horas, Cuando hay intoxicación barbitúrica o hipotermia, el tiempo mínimo será de 24 horas o, en caso de niños pequeños, de varios días. Las personas que fallecen por muerte cortical tienen vida vegetativa que puede prolongarse durante años.
- 2. Muerte Mesencefálica:** Se diagnostica cuando, además de muerte cortical, hay midriasis bilateral con arreflexia pupilar.

3. Muerte del Bulbo Raquídeo: Coincide con el paro respiratorio. Si el enfermo se halla con respiración asistida, el automatismo no se restablecerá después de cinco minutos de haber cerrado el respirador.

El diagnóstico de muerte somática y su certificación por el médico encargado de él son muy importantes en relación con los trasplantes de órganos.

b) Concepto Jurídico:

Por otra parte, el límite máximo del objeto de la acción de homicidio está representado por la muerte.

Al igual que en la determinación del comienzo de la vida independiente, para determinar el momento de la muerte hay que recurrir a criterios científicos naturales.

Es evidente que el concepto de muerte es de carácter médico legal. La medicina empleó durante mucho tiempo como pruebas absolutas que demostraban el fallecimiento de una persona los llamados “signos positivos de muerte”, que son aquellos que aparecen en el cadáver como consecuencia de las alteraciones orgánicas que el deceso produce en lo que fue un cuerpo vivo. Estos signos consisten entre otros, en las livideces cadavéricas, en la acidificación de los tejidos y en el signo inapelable de la putrefacción orgánica.

Estos signos servían para establecer plenamente la muerte, más no eran idóneos para determinar con precisión el momento exacto en que el fallecimiento ocurrió.

Posteriormente, y para evitar esta imprecisión se recurrió a los llamados “signos negativos de vida”, mediante los cuales se persigue verificar cuándo opera

esa abolición de las funciones biológicas en que consiste la muerte. Algunos de estos signos son: Ausencia de latidos del corazón, falta de respiración, abolición de la sensibilidad y de la motricidad y pérdida de los reflejos.

Más tarde, se comprobó, sin embargo, que estos signos no eran pruebas concluyentes de la muerte en todos los casos. Tanto es así, que se han verificado casos de personas que han caído en estado de catalepsia en que estas funciones vitales se han detenido por algunas horas, siendo posible su recuperación y aún continuar viviendo.

Y ya en pleno siglo XXI se ha demostrado en determinadas circunstancias, que las llamadas “maniobras de resucitación” (masaje cardíaco y ventilación pulmonar artificial) son capaces de evitar que un individuo al que se le detiene el corazón muera, estableciéndose, por tanto, que el paro cardíaco no siempre es irreversible.

Ahora bien, la muerte, entendida como la cesación de la vida o la cesación de la existencia, es en opinión de JOSE VICENTE PACHAR, “El inevitable evento final del ciclo biológico de los seres vivos. Desde el punto de vista médico, es un hecho que debe establecerse mediante un proceso diagnóstico basado en el examen físico de una persona a fin de establecer los signos que la confirmen”¹⁶

El galeno en mención manifiesta que “El diagnóstico de la muerte es ocasionalmente, uno de los más difíciles de establecer debido a las implicaciones éticas que tal afirmación conlleva”¹⁷

¹⁶ (p.e. PACHAR, José Vicente. 1995. Lecciones de Medicina Legal, Primera Edición. PUBLICACIONES JURÍDICAS DE PANAMÁ, S.A., Panamá, pág. 85.)

¹⁷ (p.e. Idem.)

CAPITULO SEGUNDO

LA EUTANASIA COMO DERECHO A MORIR.

1. EUTANASIA Y MORAL

El orden jurídico –De que los derechos fundamentales humanos forman parte capitalísima – está presidido por valores superiores, de contenido ético a la vez que jurídico, que giran en torno a las dos vertientes de la vida del hombre: la íntima, personal o individual y la social o comunitaria.

Se ha sostenido que la cuestión de los derechos humanos es un problema de la relación Hombre-Estado, o como un conflicto entre dos valores; el valor persona (expresión esta que recalca sus dimensiones éticas mejor que la de individuo, ciudadano e incluso hombre) y el valor Estado, que es traducción del valor social o político y, en definitiva del bien común.

En opinión de PABLO LUCAS VERDU, se trata del contacto y tal vez colisión entre los valores humanos o individuales u los sociales del bien común, a través del Estado”¹⁸

Así en la doctrina:

“No hay verdadera oposición, y mucho menos contradicción, entre los valores humanos o individuales y los sociales. Por ser el hombre sociable por naturaleza, han de existir entre unos y otros una unión estrechísima, una recíproca complementación, siquiera haya de reconocerse la primacía de los primeros en atención al carácter instrumental, que en relación con ellos,

¹⁸ (p.c. LUCAS VERDU, Pablo. En: CASTAN TOBEÑAS José; 1992. Los Derechos del Hombre. 4ª ed. EDITORIAL REUS, S.A.. Madrid. pág. 88)

revisten los valores sociales y estatales”¹⁹

Ahora bien, en los últimos tiempos han surgido unas teorías de los derechos humanos que los definen a partir del concepto de derechos morales (Moral Rights). El referido concepto proviene de la tradición anglosajona y con él se definen los derechos en contraposición a los derechos jurídicos-positivos (legal or institutional rights), consistiendo la justicia en respetar los Moral Rights de los de más individuos de la sociedad.

En ese sentido, los derechos humanos como derechos morales “serían aquellas exigencias éticas, bienes, valores, razones o principios morales de especial importancia de las que gozan todos los seres humanos por el solo hecho de serlo, de tal forma que pueden suponer una exigencia o demanda frente al resto de la sociedad; y tienen la pretensión de ser incorporados al ordenamiento jurídico como derechos – jurídicos positivos si no estuvieran ya en él”²⁰

a) La Confusión del Concepto y el Fundamento:

Para abordar con mayor concreción el problema, parece conveniente plantear con cierto detenimiento una reflexión previa, acerca de la posibilidad de dar respuesta con independencia a los problemas de concepto y fundamentación.

“En efecto-manifiesta- JAVIER DE LUCAS-no es infrecuente que, cuando se formulan una y otra cuestión, se

¹⁹(p.e. CASTAN TOBEÑAS, José. op.cit., pág. 88)

²⁰(p.e. GARCIA AÑON, José. Los Derechos Humanos como Derechos Morales: Aproximación a unas teorías con problemas de concepto, fundamento y validez).

tienda a separarlas, manteniendo la primera, por así decirlo, en el terreno más estricto de lo que se ha llamado “Teoría de los derechos”, es decir, el plano analítico, mientras el problema de la fundamentación parecería como cuestión estrictamente filosófica (según algunos, en realidad, metajurídica) y por ello objeto de estudio de la filosofía de los derechos”, o en todo caso, de lo que la tradición anglosajona considera “Jurisprudencia censoria” o normativa. Una posición que, llevada al extremo, conduce a adoptar, lisa y llanamente, un punto de vista escéptico sobre ese modo de abordar la cuestión que lleva a calificar todo esfuerzo de fundamentación como “una empresa desesperada”. Según esto, sería posible discutir sobre el problema conceptual, sobre la posibilidad y tipos de definición de derechos” y sobre las dificultades terminológicas que todo ello encierra, sin necesidad de plantearse la cuestión de su fundamento o mejor manteniendo esto último extramuros de una, en mi opinión, más que dudosa fortaleza conceptual”²¹

En ese orden de pensamientos, las críticas que se hacen a los derechos morales con relación a la confusión entre el concepto y el fundamento se centran:

- a) Metodológicamente, en incurrir en la falacia naturalista
- b) Sistemáticamente, en ser consideradas como teorías monistas y por consiguiente,
- c) En sostener presupuestos iusnaturalistas

²¹ (p.e. DE LUCAS, Javier; Algunos Equívocos sobre el Concepto y Fundamentación de los Derechos Humanos. op.cit., pág. 14)

Refirámonos pues, a ello.

a.1 La Falacia Naturalista:

Un problema que podría plantear la fundación de los moral rights es el de utilizar un método que nos llevase a la Falacia Naturalista”. Esta primera crítica la podemos observar en JEREMIAS BENTHAM, que dice que de esta forma se formulan los derechos humanos en términos descriptivos, pero con función prescriptiva.

“A juicio de BENTHAM- tal como explica PEREZ NIÑO existe una confusión entre realidad y deseo. Las buenas razones para desear que existan los derechos del hombre no son derechos, las necesidades no son los remedios, el hambre no es el pan(...). La falacia más común en el lenguaje de los derechos humanos consiste en la confusión entre los niveles descriptivo y prescriptivo.(...). Resulta evidente, para BENTHAM, la contradicción que existe entre la realidad práctica y estas supuestas facultades de libertad e igualdad que aparecen formuladas en términos descriptivos, como un hecho, cuando no constituyen más objetivos situados en el plano del “deber ser”²²

Esta situación conduce a JOSE GARCIA AÑÓN a sostener que:

“Al considerar los derechos humanos como derechos morales se incurriría en la falacia naturalista, al hacer desprender las

²² (p.c. PEREZ NIÑO, Antonio E. 1984. Derechos Humanos, Estado de Derecho y Constitución. 1ª ed. TECNOS, Madrid, pág. 27.

necesidades, bienes o intereses, (proposiciones de hecho) consecuencias jurídicas o morales (proposiciones valorativas). Como dice Searle, “no se puede definir una palabra valorativa en términos de las descriptivas, pues si para ello fuere posible no se podría emplear ya la palabra valorativa para prescribir, sino sólo para describir. Dicho todavía de otro modo, todo intento de derivar un deber ha de ser una pérdida de tiempo, pues todo lo que podría mostrar, supuesto caso que lo lograra, sería que el deber no es un deber verdadero sino un deber disfrazado, o en todo caso, que el deber no era un deber verdadero sino un deber solapado”²³.

No obstante, el problema de la “falacia naturalista” con relación a los derechos morales no es tal. Las necesidades, los bienes o los intereses de los que hablan las teorías de los derechos morales no sólo encierran a aspectos descriptivos, sino valorativos. Son necesidades que se tienen en cuenta en la medida en que recogen valores del ser humano que deben ser protegidos para que éste pueda desarrollarse como tal.

No son hechos en el sentido estricto del término, sino que encierran valoraciones morales SEARLE lo explica diciendo que si a un hecho le añadimos una institución, de tal manera que genere hechos institucionales nos da como consecuencia que este hecho produce una obligación. Esto es así, por que junto al hecho se han añadido mas “reglas constitutivas” (en el lenguaje de Kant) a las que está sometido el hecho y que comportan obligaciones, compromisos

²³ (p.c. GARCIA AÑÓN. José. op. cit.. pág. 62).

y responsabilidades. De esto se desprende que hay proposiciones que son al mismo tiempo descriptivas y valorativas.²⁴

El debe está contenido en él es. Cuando decimos que “las necesidades fundamentales del ser humano deben ser respetadas”, que razón hace que algo que podría calificarse de término fáctico se convierte en prescriptivo, esto es, tiene la posibilidad de obligar a otros.

La razón es que estamos estableciendo una cierta protección moral o jurídica porque dichas condiciones tiene un valor tal que merecen un tratamiento especial. Este tipo de “hechos”, por ejemplo las necesidades son simplemente hechos naturales que nosotros descubrimos (como preconizan, por Eje: las teorías del derecho natural), ni artefactos inventados provenientes de nuestra creación intelectual o consensuada (como diría las teorías contractualistas), sino que son hechos que nosotros consideramos valiosos por unas determinadas “razones”, que podemos llamar “razones morales”, y que por tanto, tenemos que considerar estos “hechos”, como prescripciones. Por ejemplo, las necesidades humanas básicas tendrían por sí mismas un elemento intrínseco que las haría ser dignas de protección.²⁵

²⁴ (p.e. SEARLE. En. GARCIA AÑON, José. op.cit., pág. 63)

²⁵ (p.e. GARCIA AÑON, op.cit., pág. 63.)

b) Teorías Monistas o Dualistas:

Se critica a las teorías de los derechos morales que padecen más teorías modistas, ya que dan una misma respuesta a cuestiones de concepto y fundamento, aunque al final sean tan sólo unas teorías relativas al fundamento que se remiten a valores de otras teorías; necesidades, bienes básicos, intereses,...

Las teorías de los Moral Rights surgen como unas teorías que pretenden explicar el concepto de justicia y, por tanto de lo que significa el concepto de derecho. El punto de partida a considerar es si se pueden configurar como unas teorías monistas o dualistas. Esto es, si el concepto de derecho y su fundamento tienen una explicación común o diferenciada.

El concepto se define con referencia a los bienes o necesidades del ser humano que son dignos de ser protegidos, y que pueden ser exigidos al resto de la sociedad por esa razón.

- a) El sujeto a que se refieren los Moral Rights es el ser humano.
- b) Lo que podríamos llamar el objeto protegible serían aquellos bienes o necesidades del ser humano, sin los cuales podría causársele un perjuicio para su desarrollo

El contenido sería la exigencia de esta protección que se hace a la sociedad o a la comunidad en donde el sujeto se encuentra.

Sin estos elementos sería difícil construir un concepto de moral rights, ya que su exigencia proviene o tiene su razón de ser en el propio concepto de necesidades, bienes o intereses fundamentales. Por lo que la protección y exigencia de esos bienes o necesidades fundamentales del ser humano resultan como elementos definitorios del concepto de moral rights como derechos humanos.²⁶

El fundamento de los derechos morales, el carácter que le proporciona especial importancia y, por tanto, le hace merecedor de las características de proteccionabilidad, elemento que no puede separarse del contenido del concepto, es el de la existencia de más necesidades o bienes básicos fundamentales. Serían aquellos bienes o necesidades básicos para el desarrollo del ser humano que se encuentran en el propio subsuelo de su existencia como formas básicas de realizarse el mismo.

En consecuencia:

“Las teorías de los derechos morales habría que considerarlas como monistas en la medida en que concepto y fundamento vienen definidos a partir de bienes, intereses o necesidades humanas básicas. (...) esta consideración, que subrayaría la conexión entre el derecho y la moral, tiene además la ventaja de que no reduce el concepto de derecho a su validez, proporcionando una visión completa de los derechos, incluso en aquellas situaciones en

²⁶ (p.c. GARCIA AÑÓN, José. Op.cit., pág. 64).

las que no estén reconocidos por el ordenamiento jurídico o hayan sido reconocidos defectuosamente”²⁷

c) La Piedad:

La piedad es el entrañable afecto por el prójimo, en especial ante su desventura. En palabras de la academia, virtud que inspira, por el amor a Dios, tierna devoción a las cosas santas; y por el amor al prójimo, actos de abnegación y compasión.

El concepto, de indudable belleza y sentido cristiano, ofrece el punto débil de que la piedad parece privilegio de un credo religioso, cuando resulta evidente con otras creencias o aún sin ellas.

La licenciada JACQUILINE MARIE PROBST DE THEOKTISTO sostiene que:

“El argumento más común en soporte de la eutanasia es lo que podemos llamar “El argumento de la piedad”. Este es un argumento excepcionalmente simple, al menos en su ideal principal, lo que hace un punto no complicado. Pacientes incurables algunas veces sufren dolores tan horribles que difícilmente pueden comprenderlo aquellos que no lo han padecido. Sus sufrimientos pueden ser tan terribles que ni siquiera queremos leer sobre ellos o ni siquiera pensarlo; rechazamos incluso su descripción. El argumento de la piedad

²⁷ (p.e. *Ibidem*, págs. 64-65)

dice: La eutanasia es justificada por que pone fin a "eso"²⁸

La eutanasia homicida piadosa consiste en la acción de acortar voluntariamente la vida de quien, sufriendo una enfermedad mortal, la solicita para poner fin a su sufrimiento físico.

Acelerar una muerte inminente, es hacer que llegue más pronto una muerte que se siente próxima e inevitable. Equivale a impedir una larga agonía o a economizar dolor, tanto para el que la sufre como para el que la presencia.

El verbo padecer comprende las dos situaciones. Poner fin a graves padecimientos, es hacer que termine una aflicción moral intensa, originada en agravios, injurias, pesares o una física, causada por daños, enfermedades, lesiones, castigos.

No es necesario que la víctima solicite la muerte. Basta que sus tribulaciones promuevan el sentimiento de piedad.

d) Teoría del Utilitarismo:

La teoría del Utilitarismo es la doctrina o pensamiento filosófico que sitúa en la utilidad la base de la moral. Se trata de una actitud práctica que,

²⁸ (p.e. PROBST DE THEOKTISTO, Jacqueline Marie.1991. La Eutanasia, Medicina, Moral y Derecho. Panamá. Tesis UNIVERSIDAD DE PANAMA, Panamá, pág 34.)

designándose de las ideas de solidaridad humana y aun familiar, y de los derechos ideales de toda índole, erige cual norma de vida la utilidad material.

Según STUART MILL, escritor inglés, uno de los caudillos de la tendencia, el utilitario es la doctrina que toma como fundamento de la moral la utilidad o el principio de la dicha mayor, y sostiene que las acciones son buenas en la medida en que tienden a producir el efecto contrario. Por dicha se entiende el placer y la ausencia del dolor; y por desdicha, el dolor y la ausencia del placer.

d. 1. Aspectos del Utilitarismo:

Esta tendencia calificada de moral del interés y del placer calculado, de filosofía del usurero y del ideal sensual, ofrece tres matices muy notables: El egoísta, que tiende sin rebozo a la utilidad del individuo, en el sentido de que al perseguir cada uno su propia felicidad contribuye a la general; el altruista, que se inclina por el bien social; y el combinado, que exige del agente situado entre el bien propio y el del prójimo, la imparcialidad de un espectador desinteresado.

d.2. Crítica del Utilitarismo:

El tratadista SERRA MORET hace una exposición crítica atinada. Luego de establecer que se trata de una doctrina ética en que lo útil es lo bueno, señala que en sus excesos llega al extremo de considerar recta, sin

preocuparse de los medios empleados, la conducta moral dirigida a la obtención de la utilidad particular.

Además de STUART MILL, los campeones del utilitarismo han sido los ingleses DAVID RICARDO, BENTHAM Y AUSTIN.

Encuentran sus antecedentes filosóficos en el epicureísmo y en el hedonismo clásico, reforzados por el enciclopedismo francés. Más que producto del sentido práctico y mercantilizado de los ingleses, esta tendencia se estima fruto de la época, de la revolución industrial.

El autor citado manifiesta que el principio utilitarista y, sobre todo la idea de que el interés particular se identifica con el interés general son propios de una época donde la empresa individual era el resorte de todo el progreso y en que tenía que lucharse con los residuos del feudalismo, que pretendía ser la genuina representación del paternalismo social.

El pensador JEREMIAS BENTHAM piensa que los utilitaristas se apoyan en que el hombre se mueve por dos motivos fundamentales: el dolor y el placer, y desdeñan las antiguas categorías de Derecho y de justicia que cada cual aprecia con discrepancias substanciales. Ese mismo pensador creyó que con la concepción utilitaria, la política y la sociología eran trasladadas a las serenas e impersonales regiones de las matemáticas. Había que liberar al hombre de todo ideal y de toda religión y conducirlo a la doble identidad y repulsión de bien –placer y mal- dolor.

e) Teoría de la Regla Dorada:

Haz a los demás lo que tu quisieras que te hagan a ti es una máxima moral antigua.

La idea principal de la regla dorada es muy buena. Las reglas morales se aplican a todas las personas. Usted no puede decir que está justificado al tratar a una persona de determinada manera a menos que usted esté dispuesto a aceptar que esa persona lo trate de igual manera si las posiciones fueran intercambiadas.

La aplicación de esto al tema de la eutanasia es obvia. Cada uno de nosotros va a morir algún día, aunque la mayoría de nosotros no sepamos ni cuando ni como, y probablemente tengamos muy pocas opciones en el asunto.

Supongamos que le dieran a escoger, verbigracia, que le dijeran que usted morirá de una de dos formas, y le preguntaran cuál preferiría. Primero, usted puede morir tranquila mente y sin dolor, a la edad de 80 años, con una inyección letal.

O segundo, usted puede escoger morir a la edad de 80 años y algunos días de una enfermedad tan dolorosa que durante esos días antes de su muerte estaría reducido a aullar como un perro, con sus familiares alrededor incapaces de poder aliviarlo.

Es difícil creer que exista alguien que escoja la segunda opción: Si fuera así, estarían haciendo una elección basada en sus propias preferencias.

Y si no deseamos esa primera opción, la cual incluye la eutanasia, aplicada a nosotros, entonces no debemos aplicar esa regla a los demás.

2. EUTANASIA Y RELIGION

a) Concepto de Religión:

Desde el punto de vista etimológico, esto es, en lo que concierne al origen del vocablo, la palabra religión proviene del latín "Religio" y ha sido definida como el "conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y de las prácticas rituales para tributarle culto"²⁹

En otra acepción, la religión es "la profesión y observación de la doctrina religiosa", También puede significarse como una "obligación de conciencia."³⁰

Puede sostenerse que, en principio y en muchos caso, la cultura y la religión no pueden ser separadas una de otra.

²⁹ (p.e . MAGISTER, Novísima Enciclopedia Ilustrada. 1975, 8ª Edición, Tomo 3. Editorial SOPENA ARGENTINA, S.A., Buenos Aires, pág. 1235.)

Según la religión islámica, por ejemplo, las mujeres no deben mostrarse a los hombres a partir de una cierta edad. Se les obliga entonces, invocando el Corán, a ponerse un Chador. De este modo, el Chador se ha convertido en el símbolo de una confesión religiosa; como lo es para los católicos respetar la obligación del domingo. Dichos musulmanes invocan, en consecuencia, el derecho humano a la libertad de religión y conciencia.

“Sin lugar a dudas, la libertad de religión y conciencia es uno de los derechos humanos más importantes. La relación de los individuos humanos más importantes. La relación de los individuos con su Dios, su religión y el más allá forma parte de su alma. Nadie tiene derecho de entrometerse en su interioridad, de violar su confesión o de tratar de alejarlo de ella”³¹

“Sin embargo, -agrega el citado autor- y sobre todo para las religiones cristianas e islámicas, una de las obligaciones más sagradas consiste en difundir la verdad religiosa y convertir, mediante las misiones, a todos los seres humanos para que asuman la verdadera fe en Dios”³²

En opinión de MARCELA ROJAS DE PÉREZ y de JOSE ANTONIO CARRASCO ALVAREZ, “ libertad de religión y culto consiste en el derecho de cada persona de profesar un credo secular y a manifestarlo públicamente. Excluye actividades contrarias a la moral y a aquellos

³⁰ (p.e. Idem)

³¹ (p.e.FLEINER, Thomas. 1991. Derechos Humanos, Tr. por José Hurtado Pozo, Editorial TEMIS, S.A., Santa Fe de Bogotá, Colombia, pág. 77)

³² (p.e. Idem.)

derechos y principios contrarios a la familia, al estado, a la salud, o a la integridad de los individuos”³³

El artículo 35 de la Constitución Política de la República de Panamá, sobre este derecho, preceptúa lo siguiente:

“Artículo 35.-Es libre la profesión de todas las religiones así como el ejercicio de todos los cultos, sin otra limitación que el respeto a la moral cristiana y al orden público. Se reconoce que la religión católica es la de la mayoría de los panameños.”

Al respecto, “La Constitución Política de la república otorga libertad a las personas para no sólo creer (libertad de pensamiento) en determinado culto religioso, sino también para practicarlo de manera abierta, siempre que no atente contra la moral y las buenas costumbres”³⁴

En esa concatenación de ideas “ejemplo de acciones que atentan contra los buenos principios son: las orgías sexuales, la bigamia, la utilización de estupefaciente o drogas alucinógenas”³⁵

“Así mismo –sigue diciendo la autora en comento-las personas tiene el derecho de asociarse en congregaciones religiosas, siempre que

³³ (p.e. ROJAS DE PÉREZ, Marcela ; CARRASCO ÁLVAREZ, José Antonio; 1994. Derechos Humanos en Panamá, 2ª De. Comité Panameño por los Derechos Humanos, EDITORA SIBAUSTE. S.A., Panamá, pág. 42.)

³⁴ (p.e. RODRIGUEZ LU, Zulay. 1999. Curso Básico de Derechos Humanos, 2ª Ed. EDITORIAL PORTOBELO, Panamá. págs. 74-75).

éstas no instiguen al orden racial o prediquen ideas racistas contra otros grupos, tal como lo estipula el artículo 39 de la Constitución Nacional”³⁶

De lo anterior, saltan a relucir algunos presupuestos consagrados en la libertad de religión a saber:

1. El Estado no debe promocionar o favorecer determinada religión, por cuanto se atenta contra la libertad religiosa, No obstante, se advierte que el artículo 35 de la Constitución reconoce la religión católica como al de la mayoría de los panameños; y el artículo 103 de la misma excerta señala que se enseñará la religión católica en las escuelas públicas de la República de Panamá.
2. Ni los colegios particulares ni oficiales pueden promocionar o educar a los niños en determinada formación religiosa, por que de esa forma se puede atentar contra el ejercicio de la religión que profesan los padres y el niño en el seno de su familia, a menos que se cuente con el consentimiento de los padres para la práctica de determinado culto.
3. No debe preguntársele a la persona cual religión profesa en las entrevistas de trabajo, o cuando compite para obtener determinada beca, porque puede resultar contraproducente si el entrevistador ejerce otra religión distinta.

³⁵ (p.c. Idem)

³⁶ (p.c. Idem)

Ahora bien, el proselitismo de las religiones, inherente al deber de la misión, ha hecho que los Estados, fuertemente influenciados por estas religiones, nieguen el derecho a la libertad de religión y conciencia.

Al decir del Tratadista THOMAS FLEINER:

“Esta es la razón por la cual algunos países islámicos siguen formulando reservas a la declaración Universal de los derechos del Hombre. En lo que se refiere a la libertad de religión y conciencia. El profundo conflicto entre las dos religiones cristianas, la protestante y la católica, condujo en Europa, al desarrollo de la libertad de religión y conciencia. Los súbditos antes estaban obligados a aceptar la religión de su príncipe. Después, a los creyentes de la otra religión se les otorgó el derecho de emigrar a países de su propia religión. Poco a poco, se fue tomando conciencia de que el estado no debía intervenir en asuntos religiosos y que la paz entre las dos religiones sólo sería posible si el estado adoptaba una posición neutral”³⁷
“En el caso de los crucifijos”. El Tribunal Constitucional de Alemania y el Tribunal Federal Suizo establecieron que los crucifijos en la Escuela están, en determinados casos, en contra de la neutralidad religiosa del Estado. La muestras de desacuerdo en Alemania y Suiza contra las sentencias, muestran que tal conciencia de neutralidad es apenas reconocida por la población. Quien tome en serio el derecho humano a la libertad de conciencia y de creencia de todas las religiones. Sólo con un Estado neutral pueden coexistir

³⁷ (p.e FLEINER, Thomas. op.cit. , pág. 77-78)

pacíficamente las diferentes comunidades religiosas”³⁸

“En los siglos XVI y XVII muchos colonos de estados Unidos de Norteamérica, eran refugiados religiosos que emigraron de Inglaterra a América. Cuando en el proceso de creación del estado Norteamericano, se trató de establecer la libertad religiosa como derecho humano, algunos propusieron que se obligara constitucionalmente al Estado a favorecer y apoyar todas las religiones. Después de una larga discusión, se adoptó el principio contrario: El Estado debería ser completamente neutral, no debía favorecer ni apoyar religión alguna (That Congress Shall Not Establish any Religion). Así en la Constitución Norteamericana, la religión fue declarada asunto privado. Hoy no existe país en el que religiones tan diferentes convivan pacíficamente como en Estados Unidos”³⁹

“En la Europa tradicional, cuyas fronteras resultaron también finalmente de conflictos religiosos, se tuvieron que buscar otros caminos para garantizar la libertad religiosa. Los pogroms del siglo XIX y el holocausto del siglo XX son testigos de que la idea de una libertad religiosa para todos era ajena sobre todo, a los miembros de la religión cristiana y, seguramente, aún lo es parcialmente. Sólo en un clima social que respete toda confesión como parte de la diversidad y dignidad humanas, libertad religiosa puede, ser realizada. Nuestra sociedad se encuentra aún muy lejos de esa idea de tolerancia. El ejemplo del Chador en la escuela demuestra esto con toda claridad”⁴⁰

³⁸ (p.e. Ibídem, pág. 78)

³⁹ (p.e. Idem)

⁴⁰ (p.e. Ibídem, pag. 79)

“Cuando un padre prohibió a su hija el curso de natación escolar obligatorio, porque en él participaban conjuntamente mujeres y varones, las autoridades escolares obligaron legalmente al padre para que diera su autorización, aún cuando alegó que el Corán prohibía a una musulmana mostrarse a los hombres. Esta fue la razón por que el padre trató de proteger tanto su derecho humano a la libertad religiosa como el de sus hijas mediante un recurso ante el Tribunal Federal contra las autoridades del cantón de Zurich. En este caso concreto, el Tribunal Federal reconoció dicho derecho humano y obligó a las autoridades a dispensar a la niña del curso de natación.”⁴¹

“Para muchos suizos esta sentencia era incomprensible. ¿Acaso no es el objetivo de la escuela integrar a los niños a la sociedad? Quien desee vivir y trabajar en nuestro país debe integrarse a nuestro sistema social. Es evidente que puede practicar su propia religión en su vida privada. En la escuela y en la vida pública tiene sin embargo que seguir las costumbres del país y no puede sustraerse a la integración invocando la libertad de religión. Un derecho humano no sólo es el derecho de la minoría; sino también el de la mayoría. La minoría no puede tiranizar a la mayoría usando el derecho humano de la libertad religiosa y de conciencia. Estos y muchos otros argumentos se podrían oír cuando se comentaba la sentencia del Tribunal Federal”⁴²

Los derechos humanos tienen de acuerdo con su idea fundamental, la finalidad de proteger a la minoría de la mayoría. La minoría no tiene ninguna posibilidad de hacer valer su opinión pública contra la mayoría. En

⁴¹ (p.e. Idem)

realidad, sólo la decisión judicial puede proteger sus derechos contra intervenciones inadmisibles de la mayoría.

3. EUTANASIA Y MEDICINA

A diferencia de algunos filósofos absolutistas (y teólogos), los practicantes de la medicina parecen preferir los principios del individualismo.

Así como existen algunos ateos empedernidos, así tiende a haber algunos absolutistas en la cabecera de la cama de algunos pacientes.

A pesar del panorama de flexibilidad de los médicos, existen algunas reglas que los galenos tienden a observar como absolutas. Una de estas reglas es la prohibición de la muerte por piedad.

Desde la época de HIPOCRATES, cuyo juramento los médicos repiten “no suministrar una droga que cause la muerte”, ellos se han mantenido firmes a esta norma tanto en la cabecera del paciente como en el aula de clases. Los principios del individualismo han hecho escasos avances en contra de esta regla.

¿Están los médicos en lo correcto? Los argumentos sobre la santidad de la vida y los sentidos de la misma (vivirla como ser humano que somos o como animales o peor aún como vegetales), sugieren que es un hecho que la eutanasia sea moralmente aceptable, al menos en ciertas circunstancias.

⁴² (p.c. *Ibidem*)

Se parte del hecho de que el médico es el sujeto activo del delito. Así indudablemente, proporcionar la muerte eutanásica es cuestión de la medicina, ya que consiste en emplear medios científicos que supriman la agonía ciertamente dolorosa, y al parecer irremediable.

En el entendimiento de la licenciada PROBST DE THEOKTISTO:

“Nada duda que cuando a una persona le llega la hora de morir ha de sobrevivir fatalmente; durará el enfermo un mes, un día, una hora, pero morirá. Entonces, los médicos defensores de la eutanasia preguntan: ¿No es caridad para con él y piedad para con la familia ahorrarle penas, abreviarle sufrimientos? El médico debiera tener ese derecho y cumplir ese deber. Aquí es dónde surge una serie de interrogantes entre ellas: ¿Por qué especialmente los médicos? ¿Son acaso los únicos que pueden ejecutarlo? ¿Poseen para llevarlo a cabo procedimientos desconocidos por nosotros? ¿Por qué escogerlos como ejecutores de semejantes actos, por caritativos que puedan parecer? ¿Por qué los enfermos decididos a morir frente a una curación que consideran imposible no se abrogan hasta el último momento la responsabilidad de decisión?”⁴³

Sobre este particular, el doctor JULIUS HACKENTAL plantea cinco situaciones en que los galenos tienen derecho a acortar la vida de los pacientes. Tales son:

⁴³ (p.e. PROBST DE THEOKTISTO, J. op.cit. , págs. 62-63)

1. Que el enfermo sea paciente del médico, desde antes de tomar la decisión, quedando prohibida la formación de equipos de galenos para dar muerte a casos desesperados.
2. Que a la luz de la ciencia, el enfermo no tenga la menor esperanza de curación.
3. Que no exista la menor duda sobre la voluntad del enfermo, quien debe estar en plena posesión de sus facultades mentales y haber manifestado su deseo de morir en repetidas ocasiones sin haberse retractado.
4. Que por lo menos dos médicos, tres si fuese posible, hayan examinado al enfermo y sean capaces de testimoniar acerca de la incurabilidad del mal y de la decisión formal del paciente.
5. Que se llame a las autoridades civiles inmediatamente después del deceso y se les explique con todo detalle el caso.⁴⁴

Lo anterior nos obliga a preguntarnos si es lógico y ético que un médico sea el sujeto activo de la eutanasia. Algunos contestarán que no, por la sencilla razón de que la misión del galeno es conservar la vida y la salud y no causar la muerte.

En torno a este asunto, GONZALO HIGUERA piensa que “La postura médica general, que ha venido honrando a toda la profesión a lo largo de la historia es la de atender y hacer todo lo posible para salvar y conservar la vida de un enfermo (...) rechazando, en consecuencia y, ahora, practicando la distancia”⁴⁵

⁴⁴ (p.e. HACKENTAL, Julius. 1985. Eutanasia, Caridad o Crimen? ¿Derecho a la vida y ala muerte? En: Revista Visión, No.11, Volumen 64, México D.F Junio, pág. 8.)

La eutanasia quebranta los deberes profesionales y fundamentales del médico, ya que el juramento hipocrático le impone el deber de no atentar contra la vida del enfermo. El ejercicio legítimo obliga al médico curar cuando le es posible y, en todo caso, aliviar los sufrimientos.

El médico jura cumplir con los más sagrados deberes juramento que lo obliga a poner la mayor parte de su esfuerzo y dedicación en busca de la medicina. Dar más vida es, simple y llanamente no acortarla ni quitarla, por que se enfrentaría a ese principio fundamental, que es el sostén y el prestigio del médico: La moral.

RAFAEL ANGEL RODRIGUEZ CHAVERRI, sostiene que el médico debe ser el apóstol de su profesión con verdadera vocación; hay un juramento sagrado que los obliga a salvar vidas. No se puede justificar, bajo ninguna condición que a un paciente se le acorte la vida, ni en el más avanzado cáncer, ni en el más trágico caso de cuadripléjia, la moral del médico lo inhibe para ello⁴⁶

En tanto que RODOLFO CHAVES MÉNDEZ manifiesta que “Los médicos al prolongar la vida de un enfermo incurable(...) contribuye a la formación de la conciencia moral sobre la vida y el espíritu de eternidad que arrastra el hombre. En realidad, todos estamos condenados a muerte en un plazo desconocido; por eso no cabe duda que prolongar la vida es vivirla⁴⁷

⁴⁵ (p.e. HIGUERA, Gonzalo, ¿Acortar o Prolongar la Vida Humana? Eutanasia o Distanasia, mayo 1979 Revista Razón y Fe, No. 976, tomo 199, Madrid, pág. 519).

⁴⁶ (p.e. RODRIGUEZ CHAVERRI, Rafael Angel. 1968. La Eutanasia, Tesis de grado, Facultad de derecho, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA, San José.)

La ciencia médica ha adquirido poderes nuevos verdaderamente dramáticos,
sobre la vida y la muerte:

“Uno de los terribles poderes de la medicina es su capacidad para prolongar la vida en los niveles vegetativos. Pongamos el caso de un paciente en el que están limitadas las actividades espontáneas de su cerebro que controlan la respiración y la circulación, dicho enfermo puede ser mantenido con vida mediante estimulantes y alimentos por un largo período de tiempo. ¿Debe hacerse esto dentro del buen sentido común? De hecho, los pacientes con un cerebro dañado, sin esperanzas, pueden ser conservados vivos durante un período indefinido de tiempo por el uso de respiradores que mantienen el funcionamiento del corazón y de los pulmones, o pongamos el caso célebre de Karen Ann Quinlan, que duró años en coma sin ningún aparato artificial conectado a ella. Entonces, ¿Cuál debe ser el deber del médico en estos casos? ¿No es mejor otorgar una muerte feliz a estos pacientes? Las interrogantes están planteadas. Las respuestas en pro y en contra sobran”⁴⁸

A juicio de DANIEL MAGUIRRE, la respuesta que se brinde al respecto debe llevar como prerrequisito que “La ciencia que durante algún tiempo se creyó que era un valor libre pronto se ha dado cuenta de que tiene el cuello atado en muchas cuestiones referentes a los valores. La medicina pasa a estar más y más

⁴⁷ (p.e. CHAVEZ MENDEZ, Rodolfo. 1985. La provocación de la muerte a la luz de la Ética cristiana. En: Revista Tiempo Actual, No. 36, San José Costa Rica).

⁴⁸ (p.e. PROBST DE THEOKTISTO, op.cit. págs. 66-67)

implicada en las cuestiones éticas en la medida en que se tiene que pregunta más y más veces, si puede hacer lo que a veces e incluso a menudo, tiene que hacer”⁴⁹

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, existe un juramento médico con principios similares al Juramento Hipocrático. Este juramento médico con principios similares al Juramento hipocrático. Este juramento médico fue aprobado en Ginebra en 1948, por la Asociación Médica Mundial.

En este juramento se jura “Guardar respeto absoluto por la vida humana” y también que “Ni bajo amenazas admitiré hacer uso de mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad”

En el parecer de la licenciada PROBST DE THEOKTISTO, “ Este juramento es bastante drástico actualmente considerando la fecha en que se pronunció, hace unos cuarenta años, en ese entonces no se conocían muchos de los adelantos de la ciencia médicas que hoy día hace casi imposible el morir en paz y con dignidad para aquellos que por sus condiciones tienen con mayor anhelo la muerte y al esperan con los brazos abiertos.”⁵⁰

4. EUTANASIA Y DERECHO

a) La Eutanasia Respecto de los fines del Derecho Penal:

Algunos autores alemanes sostienen que tanto la eutanasia como la ayuda al suicidio, “ Son conductas que han de recibir un juicio de reproche, pues se trata de poner fin a la vida de un hombre antes de su término natural. Así las cosas, la muerte

⁴⁹ (p.e. MAGUIRRE, Daniel, 1975. La Muerte Librementemente Elegida, Colección Teología y Mundo

en estas circunstancias será antijurídica, porque las personas tiene, frente a la comunidad, el deber jurídico de seguir viviendo.

Ahora bien, localizados ya los nuevos bienes reconocidos por las constituciones de los Estados Sociales y democráticos y por la normativa internacional, surge una interrogante: ¿Cómo se compaginan esos derechos y garantías de rango constitucional con la intangibilidad del bien jurídico “vida” en las situaciones de conflicto? ¿Qué queda en pie del antiguo orden filosófico-jurídico?

La dignidad del ser humano es, indudablemente, la categoría moral más compartida por las diversas corrientes humanistas para resumir su dimensión ética y ubicarlo en el centro de toda valoración.

Todos, en especial el Estado, tienen el deber jurídico de respetar la dignidad de los individuos, tanto por mandato de la nueva legislación internacional en materia de derechos humanos, como por imperio de constituciones que la sitúan explícitamente en el nivel que merece.

Respetar la dignidad del individuo importa “Abstenerse de cualquier medida que suponga un atentado”⁵¹, lo que a su vez –imposibilita “promulgar normas, dictar autos imperativos, emitir juicios, imponer condiciones a la actividad humana

Actual, No. 41, Editorial SAL TERRAE, Santander, Costa Rica, pág. 15)

⁵⁰(p.e. Ibidem)

⁵¹ (p.e. GONZÁLEZ PÉREZ, Jesús, 1986. La Dignidad de la Persona, Ed. CIVIJAS, Madrid pág. 61.)

que, de cualquier forma supongan desconocimiento, atentado y menoscabo a la dignidad de la persona”⁵²

Pero para los poderes públicos, el respeto no se agota en la abstención. un Estado de Derecho está obligado igualmente a proteger la dignidad humana ante “los atentados de los particulares, adoptando medidas adecuadas para evitarlos y reaccionando ante los ataques de cualquier tipo con medios proporcionales y suficientes”⁵³

Ligadas indisolublemente al tema de la dignidad del individuo, dos afirmaciones categóricas aproximan entre sí a las diversas corrientes humanistas.

- a) El hombre es un fin en sí mismo, expresión sintetizada por Kant “ Él deber de respetar a mi prójimo está contenido en la máxima de no degradar a ningún otro hombre, convirtiéndolo únicamente en medio para mis fines”⁵⁴
- b) Como consecuencia de lo anterior, el hombre es una realidad absoluta, esto es, independiente de toda referencia a los demás seres, y centro de acción y de atracción en el mundo.

Si se parte de tales postulados, deviene intolerable todo intento de instrumentación del ser humano en aras de otros fines individuales y colectivos. Con lo que no sólo estamos afirmando – en lo específico-que es profundamente inmoral e

⁵² (p.e. Idem)

⁵³ (p.e. Idem)

injusta la pena de muerte “Trágica sombra de la humanidad”⁵⁵, así como toda operación bélica que cause la muerte de seres humanos, sino que también lo es toda manipulación económica, política, religiosa o –aún- científica del ser humano, ligada a la estructura misma de las sociedades regidas por la ley suprema del consumo y administradas por una tecnocracia irrespetuosa de la dignidad de los individuos.

Todo individuo, intrínsecamente digno, proyecta su ser en el mundo, según la feliz frase heideggeriana, razona, experimenta, interpreta, sistematiza, en contacto directo con la realidad trascendente de su yo.

Por más que evitemos incursionar en el interminable debate sobre el determinismo y el libre albedrío, se torna evidente, en el dinamismo constructivo del hombre, un margen de autodominio que le permite incidir sobre sí mismo y sobre dicha realidad.

Aunque vulnerado en los más opuestos confines del planeta por la recurrencia del autoritarismo y por las constantes manipulaciones del poder políticos y económico, el hombre intenta su propio desarrollo vital, su derrotero existencial intransferible.

Es aquí donde se yergue ante nosotros un inevitable cuestionamiento: ¿Puede ese hombre, digno, libre para desarrollar su personalidad y su ideología, disponer de su vida- en tanto que fenómeno físico, temporalmente mensurable, del funcionamiento global de sus órganos y funciones,- cuando la prolongación de la

⁵⁴ (p.e. KANT, Immanuel. 1989. La Metafísica de las Costumbres, Estudio preliminar Tr. y notas de Adelia Cortina Orts; Jesús Cospill Sancho. Ed. TECNOS, Madrid)

misma entrare en contradicción con la propia integridad física o psicofísica, y con la autoestima correlativa a aquella dignidad?

La respuesta a tales cuestiones dependerá de la postura a asumir en torno a la capacidad del individuo para disponer libremente de todos sus bienes, incluidos aquellos de mayor jerarquía filosófica y jurídica.

Está claro que, desde la perspectiva iusnaturalista, “Si la dignidad es un derecho, es también un deber”⁵⁶

De manera que “por desvalido, hasta por abyecto que un hombre aparezca, tiene derecho a ser tratado como tal, y un deber estricto de no abdicar de su dignidad humana, deber que involucraría toda forma de “atentados a la integridad física”⁵⁷

Pero si nos atenemos al plano estrictamente jurídico positivo, incluyendo en el mismo la bien llamada “normalidad legalizada”, de los superiores valores constitucionales y- simultáneamente- extraemos de la dinámica social los casos conflictivos en que tales valores aparecen antagónicos, la respuesta no es tan unívoca.

- b) Disponibilidad del Bien Jurídico “Vida” por su Titular” Las Distintas Concepciones del Bien Jurídico. El Bien Jurídico como Relación de Disponibilidad.

⁵⁵(p.c. BARBERO SANTOS, Marino, 1985, Pena de Muerte, El Ocaso de un Mito, Colección Criminología Contemporánea, No. 4, Ed. DE PALMA, Buenos Aires, pág. 3)

La cuestión respecto de qué es lo que protege el derecho-y. Específicamente, el Derecho Penal- nos introduce en el tema de las diversas concepciones acerca del bien jurídico.

Sin posibilidad de realizar aquí un examen exhaustivo de esa materia, a riesgo de perder de vista nuestro objetivo central, es oportuno dejar a salvo que frente a las teorías “inmanentes”, como la tradicional de Binding y la más reciente de JAKOBS, y a la mayoría de las “trascendentes”, caracterizadas unas por su férreo apego al texto constitucional (Constitucionales estrictas) y otras por centrar su atención balotaría en la funcionalidad de los bienes respecto del sistema social (sociológicas), entendemos al bien jurídico “como la expresión jurídica del reconocimiento de un interés del individuo, necesario para su plena realización, en armonía con su medio social”⁵⁸

Frente a los modernos marcos jurídico-institucionales no sólo es imposible predicar respecto de un supuesto derecho subjetivo del Estado a penar; tampoco cabe adherir a las teorías constitucionales estrictas sobre el bien jurídico, si se repara en que los propios textos constitucionales reconocen la distancia a recorrer entre el presente y el esperado momento en que los valores superiores de libertad e igualdad sean reales y efectivos para todos abriéndose al futuro y admitiendo la inclusión de nuevos bienes en las distintas ramas jurídicas descendientes de su tronco normativo.

⁵⁶ (p.c. GONZÁLEZ PÉREZ, J. op.cit. pág. 62)

⁵⁷ (p.c. GONZÁLEZ, PÉREZ, J. Ibídem. pag. 62)

Por análogas razones – sostiene LUIS FERNANDO NIÑO “no es correcto apearse a las teorías sociológicas que se orientan mayormente al bien funcionamiento del sistema en sí – “lo que hay”- en lugar de hacerlo al progreso que permita la real promoción social de todos los individuos- “lo que debe hacer”- puesto que por aquel camino se acaba aceptando, sin mayores sobresaltos, el orden social existente”⁵⁹

Adoptamos, entonces, como presupuesto la estimación del bien jurídico como la propia relación de disponibilidad que, respecto de ciertos objetos, reconoce y garantiza el orden normativo.

Por lo expuesto, entonces, huelga aclarar que no debe entreeverse en esta posición una concesión a “la lógica jurídica abstracta”, ni mucho menos un desvarío jurídico-positivista. Antes bien, se trata de distinguir entre los bienes- que crea la vida, en el sentido otorgado por VON LISZT- y la protección otorgada por el derecho a la relación de individuo con tales bienes.

Así encarado el tema, bien podría sintetizarse la totalidad de relaciones de disponibilidad con que cuenta un sujeto, en el marco de un ordenamiento normativo determinado, como el ámbito de disponibilidad de ese sujeto y- por consiguiente- como la garantía con que ese mismo ordenamiento afianza las condiciones externas de libertad de tal individuo en concreto.

⁵⁸ (p.e. NIÑO; Luis Fernando, 1994. Eutanasia. Morir con Dignidad, Consecuencias Jurídico-Penales, Ed. UNIVERSIDAD, Buenos Aires, pág. 126)

b.1. Disponibilidad del Bien Jurídico “Vida”

b.1.1. Derecho a la Vida y derecho a Morir:

Avanzando en este orden de ideas, toca ahora preguntarnos: ¿Figura la vida en ese ámbito de disponibilidad individual? Ya está claro que la respuesta de iusfilósofos y juristas tradicionales es una rotunda negativa. De Sócrates- en su diálogo con Cebes- a Cuello calón, de Moisés – en el Deuteronomio- a Olesa Muñido, la postura es prácticamente unánime: “La vida es un don dado por Dios y sujeto a su potestad que hace vivir y hace morir”⁶⁰

En embargo, la realidad revela cuantas veces y de que maneras socialmente aceptadas disponemos del bien vida. Los deportes de alta montaña, las profesiones riesgosas, las operaciones quirúrgicas con finalidad plástica o – aún – reparadora, son sólo algunos ejemplos.

Pero hay otro, menos vinculado con esta temática por parte de la doctrina, -y –sin embargo – de una conmovedora evidencia: La causa principal del fallecimiento de los jóvenes en muchos países está configurada por accidentes viales.

⁵⁹ (p.c. NIÑO L. op.cit. págs. 126-127)

⁶⁰ (pc. DE AQUINO; Tomás. ANONIMO. Summa Theológica II, 2,9. cuestión 64.: A 5)

Sí la vida es esencialmente tiempo, nada es más cierto que afirmar que solemos gastarla del modo que nos plazca, dentro de las posibilidades que ofrece nuestra circunstancia. inclusive “frecuentemente se nos premia y condecora por arriesgarla”⁶¹

5. LA EUTANASIA. PRECISIONES TERMINOLOGICAS

a) Definiciones:

La palabra “Eutanasia” está compuesta de dos voces griegas que significan “muerte buena”. El vocablo fue creado en el siglo XVII por el famoso canciller inglés Francisco Bacon, al estudiar en un de los capítulos de sus conocidas obras “El Tratamiento de las Enfermedades Incurables”, que según Bacon, no es otro que la “eutanasia”. El canciller de Inglaterra quería que el final de la vida se acepte por la razón y que el arte aplique todos los recursos para lograrlo, “como un poeta dramático consagra los esfuerzos de su genio al último acto de su obra”⁶²

Por eso Luis Bourdeau, en el mismo tono de ideas, comenta en nuestro tiempo: “No se puede gozar en paz de la vida más que sí, lejos de dejarse turbar por imaginarios temores, se considera su fin con serenidad”⁶³

No cabe duda alguna de que “Eutanasia” significa buena muerte; pero cuando de ese vocablo se ha querido extraer una doctrina, su sentido ha cambiado, adoptando

⁶¹ (p.e. ZAFFARONI; Eugenio R., 1987. Manual de Derecho Penal, Parte General, 6ª Ed. EDIAR, Buenos Aires, pág. 326).

⁶² (p.e. BACON, FRANCIS, 1623. Historia Vitae Te Mortis, Lancisi.)

⁶³ (p.e. BOURDEAU, Luis. 1902. El Problema de la Muerte. Sus Soluciones Imaginarias y la Ciencia Positiva, Tr. Española, ANONIMO . Madrid, pág. 317)

muy distinto contenido. demos de lado la acepción teológica, que quiere significar con esa frase la “muerte en estado de gracia”, para estudiar los significados que le atribuyen los autores modernos, desde el restringido de agonía buena, hasta el amplísimo que comprende la muerte natural, súbita, el suicidio, la ayuda a bien morir, el homicidio piadoso, etc.

Un grupo de escritores, a parte de los que en nuestros días emplean el vocablo que Bacon acuñó, considera que la eutanasia es la agonía buena o dulce. A comienzos del siglo escribía MORACHE: “La agonía que se desliza así (es decir, sin dolores y en la que las funciones sensoriales se van extinguiendo poco a poco) puede calificarse de agonía tranquila de “Eutanasia”, llamado Distancia a esos largos y espantosos tránsitos a la otra vida, en que el agónico, en plena lucidez, sufre dolores físicos y morales, llamando con angustia a la muerte liberadora que se aproxima con pasos lentísimos”⁶⁴

En sentido propio y estricto es la buena muerte que otro procura una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa y la que tiende a trancar la agonía demasiado cruel y prolongada. A esta finalidad fundamental puede añadirse un objetivo eugenésico y seleccionador, como el de las antiguas muertes de niños deformes y el de las modernas prácticas propuestas para eliminar del mundo a los idiotas y locos irremisibles.

El tratadista LUIS JIMENEZ DE ASUA considera que la Eutanasia es “La muerte tranquila y sin dolor, con fines libertadores de padecimientos intolerables y sin

remedio, a petición del sujeto, o con objetivo eliminado de seres despropósitos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales”⁶⁵

Al decir de FRANCISCO FARFÁN MOLINA, “ Se acepta, generalmente, que la eutanasia es aquella intervención voluntaria, encaminada a inducir a la muerte de un sujeto, para poner fin a sus sufrimientos.”⁶⁶

El autor bajo análisis considera que dos aspectos deben reseñarse con relación a la eutanasia. Por un lado, el sujeto consciente de su muerte, la solicita, y a veces, la exige; por el otro, este sujeto debe padecer intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable. En algunos supuestos puede tratarse de un enfermo terminal en estado de inconsciencia, que, por consiguiente, no se percata de la situación, pero que igual puede incluirse dentro de la categoría de sujetos a los que se aplica la eutanasia.⁶⁷

a.1. Eutanasia Activa:

Se trata de la acción médica por medio de la cual se pone fin a la vida de una persona gravemente enferma o que padece intensos sufrimientos, siempre y cuando ella consienta el hecho.

⁶⁴ (p.e. MORACHE. 1904 Naissance et Mort. ANONIMO, París, Alcan)

⁶⁵ (p.e. JIMÉNEZ DE ASUA, Luis; 1984. Libertad de Amar y derecho a Morir, Ensayo de un criminalista sobre Eugenesia y Eutanasia, 7^o. ed. Ediciones DEPALMA, Buenos Aires, pág. 339)

⁶⁶ (p.e. FARFÁN MOLINA, Francisco, 1996. Eutanasia, Derechos Humanos y Ley Penal, Un estudio sobre el derecho a disponer de la vida propia, EDICIONES JURIDICAS GUSTAVO IBAÑEZ C., I.TDA. , Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia, pág. 21)

⁶⁷ (p.e. Idem)

Este consentimiento puede expresarlo directamente, a través de sus familiares cuando se encuentra en estado de inconsciencia, o por medio de un documento que se designa con el nombre de testamento vital, y que, consiste en una autorización para que se preserven los derechos a la dignidad y a la libertad personal, eliminando la vida del sujeto que lo suscribe.

a.2. Eutanasia Pasiva (Ortanasia, Distanasia)

Esta tendrá lugar a través de la omisión de un acto necesario para alargar la vida del enfermo. Se identifica con la palabra ortanasia, es decir la muerte que resulta del debilitamiento progresivo de todas las funciones vitales, sin prolongación de la vida ni adelantamiento de la muerte.

a.3. Eutanasia Natural y Provocada:

En ese plan, parece plausible comenzar por discernir entre aquellos supuestos en que la muerte sobreviene naturalmente sin padecimientos, y cualesquiera otros en los que la conducta humana, sea por propia mano del moribundo, sea con intervención de terceros, contribuye a paliar el padecimiento de la agonía, ora limitándose a la conformación o a una anestesia inocua, ora abreviándola activa o pasivamente, directa o indirectamente.

a.4. Eutanasia provocada o Voluntaria. Subclasificación:

Bajo esta denominación genérica, suele agruparse los distintos supuestos emergentes en torno a dos pautas básicas: El autor y la actitud apodada respecto de curso vital.

- a) Conforme a esta clasificación, se distingue entre la Eutanasia Autónoma, es decir, la preparación y provocación de la propia “buena muerte”, sino intervención de terceras personas, de la Eutanasia Heterónoma, resultante de la acción o participación de otra y otras personas.
- b) Según la actitud adoptada frente al curso vital, cabe mencionar, en primer lugar, a la Eutanasia que algunos autores denominan “pura”, “lenitiva”, “auténtica” o “genuina”.⁶⁸

Si se parte de la base de reconocer la multiplicidad de adjetivos con que históricamente se ha denominado a esta modalidad eutanasia neutral respecto de lo temporal o cuantitativo de la vía, ya que no interviene en la abreviación del curso vital, puede parecer un despropósito la introducción de un nuevo calificativo del curso vital, puede parecer un despropósito la introducción de un nuevo calificativo tendiente a individualizarla. Empero, es propicio contraponer dos términos de raíz etimológica común pero de significado físico y médico diverso y sumamente preciso.

⁶⁸ (p.e. TORIO LÓPEZ, Ángel, 1981, Instigación y Auxilio al Suicidio, Homicidio Consentido y Eutanasia como problemas Legislativos, en Estudios Penales y criminológicos de la Universidad de Santiago de Compostela, ANONIMO, pág. 312)

Así, mientras el adjetivo solutivo-va, supino de solvente, alude al medicamento que tiene virtud para soltar o laxar⁶⁹, su paralelo resolutivo-va, supino de resolver, menciona al medicamento “que tiene virtud de resolver”, es decir, de hacer que se disipe, desvanezca, exhale o evapore una cosa, significado que- junto con otras acepciones principales del vocablo, tales como “tomar determinación fija y decisiva” o “deshacer, destruir”-denota una certera potencialidad definitoria.

De tal manera , LUIS FERNANDO NIÑO califica la Eutanasia Solutiva “A aquella consistente en el auxilio en el morir desprovisto de todo efecto de abreviación de la parábola vital. Mitigar el sufrimiento mediante calmantes que no incidan en la duración de este de curso, controlar las sofocaciones o espasmos, asistir psicológica y/o espiritualmente al enfermo o anciano son expresiones de “Eutanasia Solutiva”,⁷⁰

Frente a esa modalidad, que obviamente no sólo carece de relevancia típica sino que encarna, genéricamente, un deber moral y jurídico, se ubica la que el autor en comento denomina resolutiva “caracterizada por incidir en la duración de dicho plazo, sea reduciéndolo, sea suprimiéndolo, en interés del enfermo o anciano y con su consentimiento previo y autodeterminado o el de sus representantes legales”⁷¹

⁶⁹ (p.e. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 1992. 21ª, Edición, ESPASA CALPE, Madrid, pág. 1347)

a. 5. Modalidades de la Eutanasia Provocada Heterónoma Resolutiva:

Ya en el campo de la Eutanasia Heterónoma Resolutiva, es posible distinguir otras variedades o situaciones eutanásica, tales como la activa y la pasiva u omisiva. En al primera, la abreviación de la vida se consigue mediante hechos positivos dirigidos a acortar o suprimir su curso, en tanto que la segunda consiste en inhibirse de activar o abandonar el tratamiento ya iniciado, evitando interferir en un proceso causal de consecuencias letales.⁷²

Otra clasificación vinculada con el modo de practicar la Eutanasia Resolutiva es la que diferencia entre acciones directas e indirectas, según su relación con el efecto de abreviación vital procurado; así, será Eutanasia Directa la aplicación de una dosis mortal- por sí misma – de morfina-escopolamina, indirecta la utilización de una analgésico poderoso, con efecto colaterales comprometedores de alguna función vital.⁷³

a.6. Eutanasia activa y Eutanasia pasiva:

Desde el punto de vista de quién la practica, es decir, de la persona que accede a realizar la eutanasia ante los ruegos de quién padece una situación degradante, se puede diferenciar entre una eutanasia activa y otra pasiva. La primera de ellas hace referencia a la acción por la que se presente positivamente de forma directa o indirecta la supresión de la vida de otra

⁷⁰ (p.e. NIÑO: L.F. op.cit., pág. 83)

⁷¹ (p.e. Idem)

persona; así se habla de eutanasia activa para referirse a las acciones eutanásicas que producen la muerte; muerte que no hubiera ocurrido sin las mismas; o como “actos ejecutivos que suponen un acortamiento de la vida del paciente”⁷⁴

Por el contrario, estaremos haciendo referencia a la eutanasia pasiva cuando se supriman o no se adopten las medidas que mantenían o pueden mantener con vida a una persona y esta suspensión o no adopción sea la que produzca la muerte.

Esta norma tiene dos reglas de actuación (complementarias pero no excluyentes) que van a marcar el carácter pasivo de la eutanasia :

- a) Que se hubiera podido evitar o posponer la muerte si se hubiese continuado con las medidas
- b) Que las medidas a las que estamos haciendo referencia no se encuentran dirigidas sin más a la prolongación de la muerte por el mero hecho de alargar la vida de un determinado individuo, sino que estén encaminadas a hacer posible que el individuo pueda tener o desarrollar un proyecto de vida.

Podemos considerar que en el orden ético no hay ninguna diferencia entre las formas activa (provocar inmediatamente la muerte mediante la aplicación de un agente letal) y pasiva (procurar la muerte mediante la

⁷² (p.e. *Ibidem*)

⁷³ (p.e. *Ibidem*)

comisión deliberada de una omisión, es decir, la omisión querida de un cuidado debido y necesario para la curación o la supervivencia) de provocar la muerte mediante eutanasia.

En la ética médica se considera de vital importancia distinguir entre eutanasia activa y pasiva. La idea es que es permisible, al menos en algunos casos, cesar el tratamiento y dejar morir al paciente, pero bajo ningún concepto es permisible pasar a una acción directa que tiene como fin matar al paciente.

Sin entrar a justificar una u otra vertiente, resulta necesario mostrar que la diferencia entre la eutanasia activa y la pasiva, sólo tiene relevancia en el terreno formal, no ocurriendo así en el material de los hechos. En un artículo titulado "Active and Passive Euthanasia", James Rachels afirma que, desde el punto de vista moral, no hay diferencia alguna entre la eutanasia activa y la pasiva.

La distinción entre estos dos tipos de eutanasia, es, mantiene Rachels, igual a la distinción que se ha establecido entre matar a una persona y dejar que muera, siendo esta última mucho más reprochable. Y todo ello en base a dos argumentos:

⁷⁴ (p.e. SÁNCHEZ JIMÉNEZ; Enrique. La Eutanasia Ante la Moral y el Derecho, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SECRETARIADO DE PUBLICACIONES, Sevilla, España, 1999)

- a) El proceso de “dejar morir” puede ser relativamente lento y doloroso, mientras que la inyección letal es relativamente rápida e indolora;
- b) La doctrina convencional facilita que las decisiones relativas a la vida y la muerte se tomen teniendo en cuenta aspectos ajenos al caso.

En las líneas que siguen, queremos mostrar que la distinción entre “matar” y “dejar morir” es más compleja de lo que parece a simple vista. Asimismo, se expondrá que esta distinción no coincide con la establecida entre eutanasia activa y pasiva. Finalmente trataremos de mostrar que la aceptación, entre otras, que la Asociación Médica Norteamericana hace de la eutanasia pasiva y el rechazo de la eutanasia activa puede ser justificada tal vez desde un punto de vista legal o práctico, pero no desde un punto de vista moral.

Rachels aduce dos ejemplos para mostrar que no hay diferencia en los juicios morales concernientes al matar o al dejar morir a una persona. El primer ejemplo se refiere a un sujeto, al cual llama Smith que entra hurtadillas en el cuarto de baño y ahoga deliberadamente a su sobrino con la intención de recibir una cuantiosa herencia. En el segundo caso, Jones también tiene la posibilidad de heredar si a su sobrino le ocurriese algo.

Al igual que Smith, Jones entra furtivamente en el cuarto de baño con la intención de ahogar a su sobrino. Sin embargo, justo en el momento de entrar, Jones ve que el niño resbala, se golpea en la cabeza y cae boca abajo en el agua. Jones se queda allí por si hace falta sumergir otra vez la cabeza del

niño, pero al final no es necesario. El niño termina por ahogarse sólo, y Jones se queda mirando la situación sin hacer nada.

Todo el mundo podrá convenir que la actitud de ambos sujetos resulta moralmente injustificada dada la intención de los agentes. La cuestión estriba en saber si la conducta de Smith es más censurable que la de Jones. Rachels responde negativamente argumentando que ambos sujetos actuaron por el mismo motivo, el beneficio moral, y los dos perseguían el mismo fin cuando actuaron. La coherencia exige que valoremos de igual manera acciones iguales. De ahí que si tratamos de evaluar sus acciones, debemos decir de uno lo que decimos del otro.

Trasladado esto al terreno de la eutanasia, y sabiendo que el médico implicado en una intervención eutanásica no persigue ni el beneficio personal ni el sacrificio de niños normales y perfectamente sanos. Rachels sigue manteniendo que la escueta diferencia entre matar y dejar morir no marca, en sí, una diferencia moral. Si un médico deja morir a su paciente por razones humanitarias, se halla en la misma posición moral que si le hubiera administrado una inyección letal movido por las mismas razones.

Si su decisión hubiera sido errónea – si por ejemplo, la enfermedad del paciente fuera curable- la decisión hubiera sido igualmente deplorable, sin importar que método hubiera sido empleado para llevarla a cabo,. Y si la decisión del médico hubiera sido la correcta, el método empleado no hubiera sido lo importante.

Nosotros creemos, en cuanto al juicio de reprochabilidad, lo cual podría tener virtualidad en el terreno de la moral. Que la conducta de Smith si es más censurable que la de Jones. En la medida que no hizo el menor gesto para salvar a su sobrino, su acto es censurable, y más si tenemos en cuenta los motivos económicos que le impulsaron a cometer semejante acción. Pero, a menos que consideramos que sólo da voluntad – el principio de volición- es importante al decidir si un determinado acto es moral o no, tendremos que concluir que el acto – o más bien la abstención de ejecutar un acto – de Jones es menos reprehensible y, por tanto, que Jones es menos culpable que Smith.

Así, hay que tener en cuenta algo más que la pura y simple motivación de la persona que actúa, pues si sólo consideramos la misma podremos concluir de inmediato –cuando menos en los casos de eutanasia voluntaria- que el médico que la practica lo hace por razones humanitarias, de modo que tanto la eutanasia pasiva como la activa, serían siempre deseables. Sin embargo, el asunto no es tan sencillo como parece. Si queremos cualificar ciertas acciones como morales o inmorales, deberemos tener en cuenta el acto y también algunas de sus consecuencias.

Por consiguiente, podemos llegar a convenir que en el segundo ejemplo aducido, tendremos que considerar que Jones, que dejó morir a su primo, pero que no fue la causa de su muerte, es menos censurable que la de Smith, que mató a su primo y fue la causa directa de su muerte. En este caso, pues, hay una distinción entre dejar que alguien se muera y matarlo. El único

caso como puede decirse que Smith y Jones son igualmente culpables, es el que se basa en un juicio fundado únicamente en sus motivaciones, con exclusión de sus actos.

En las líneas que nos preceden, hemos visto como dejar morir a alguien no era tan odioso como matarlo. Pero en otros caso puede invertirse el juicio y resultar lo contrario. Pueden darse casos, en efecto, en que se considere más reprochable el dejar a una persona que se muera que el matarla. Considérese el ejemplo siguiente:

Un paciente que está muriendo de un cáncer de garganta incurable, sufre unos tremendos dolores que no pueden aliviarse satisfactoriamente. Es seguro que morirá en cuestión de días aunque el tratamiento siga su curso, pero no quiere vivir esos pocos días porque el dolor le es insoportable. Ante esta situación pide a su médico que ponga fin a ello y la familia se une a la decisión del paciente. Yolanda, joven e inteligente médica, movida por razones humanitarias dispone la intervención en el paciente mediante un agente letal que provoque el final de sus días.

Por el contrario, Juana, excelente profesional y mucho más tradicional, dispone la retirada de todo tratamiento, con el propósito de “dejar morir” al paciente, ya que el paciente padece atroces dolores y como de cualquier manera morirá, sería injusto prolongar su sufrimiento innecesariamente.

Mientras Yolanda ha matado a una persona, Juana ha dejado simplemente que se muriera. Ambos actos pudieran ser o no moralmente reprobables en función de que adoptáramos una postura favorable o contraria a la eutanasia, pero la conducta de Juana implica una dosis mayor de crueldad, está menos exigida por las circunstancias y, por consiguiente, es menos deseable que la conducta de Yolanda, aún cuando en verdad se ha limitado a dejar que su paciente falleciera. Tenemos aquí un ejemplo en el cual se presenta un caso de “matar” y otro de “dejar morir”, pero en este ejemplo el último caso puede ser juzgado como más reprochable que el primero.

Si nos fijamos detenidamente, parte del problema que se suscita al discutir la distinción entre matar y dejar morir es que estamos mucho menos seguros acerca de lo que significa dejar que alguien se muera de lo que estamos respecto a matar a alguien. Es reconocido por la mayoría de los códigos penales vigentes, que ciertas formas de homicidios son más reprochables que otras, diferenciando las penas en función de las circunstancias subjetivas, concretas que rodeen el caso.

Sin embargo, las distinciones en el caso de dejar que alguien muera no son reconocidas de modo tan diáfano. Según Carlos Santiago Niño, la primera fuente de confusión resulta de no distinguir claramente entre diferentes tipos de omisiones. Cuanto se dice que las omisiones son menos malas que los actos positivos correspondientes, generalmente, se piensa en aquellas omisiones en que el agente es totalmente ignorante de la situación (como en el caso de no impedir el suicidio de alguien desconocido en un país

remoto) y, por lo tanto no puede en absoluto ser reprochado por no haber evitado el resultado dañoso.

Pero hay omisiones que se encuentran en el otro extremo de reprochabilidad (como el caso de alguien que priva de una medicina a un enfermo con la intención de que muera), y hay casos intermedios entre estos dos extremos (como el caso de una omisión negligente). Estas diferentes clases de actitudes subjetivas, que determinan diferentes grados de reprochabilidad, son exactamente paralelas a las que se pueden dar en el caso de los actos omisivos.

Supongamos, por ejemplo, el caso de Juan, el cual sufre una leucemia en su última fase. Se prevé su muerte a menos que le sea trasplantada cierta cantidad de médula o sea procedente de una persona fisiológicamente compatible con el enfermo. El primo de Juan, Pedro, que era a la sazón la única persona apropiada como donador de médula, rehusó la donación. Si sometemos a juicio el comportamiento de Pedro, deberemos inferir que las autoridades judiciales no pueden obligar a nadie a hacer donación de su tejido corporal. Al poco tiempo, y como lo habían predicho los médicos, Juan falleció.

Así, si bien la negativa de Pedro a ayudar a su primo es mucho menos reprehensible que la de Jones- a ayudar a su primo, en trance de ahogarse- o en caso de que lo fuera, la de Juana- a negarse a prestar ayuda su paciente agonizante-. Si en todos los casos tienen en común dejar que alguien

muera, ¿Por qué formulamos diferentes juicios de valor para cada uno de los juicios citados? Podría deberse a que Jones, con un mínimo de esfuerzo, hubiera podido ayudar a su primo, no poniendo en peligro su existencia; lo único que peligraba era su bienestar económico, el cual es, según opinión común, menos importante que la integridad física. Por otro lado, encontramos mayores razones para disculpar la conducta que llevó a cabo Pedro porque si bien no podemos llegar a presentarlo como un modelo ejemplar de generosidad, sí debemos reconocer que existe algún mayor riesgo en su posible ayuda.

A veces, una persona puede dejar que otra muera sin que le pueda censurar por ello. Por ejemplo, si alguien no acude en auxilio de una persona que se está ahogando por la simple razón de que no sabe nadar, no se nos ocurrirá censurarle, a no ser que existan otras personas presentes y el que ve las circunstancias pueden ser tan complejas que no es seguro que haya alguna persona particular a la que pueda hacerse responsable de dejar que otro muera.

Parece pues, que la dosis de culpa implicada en el dejar que una persona muera, o el no hacer nada para impedir que muera depende de una gran variedad de factores. Los varios ejemplos que hemos venido describiendo demuestran que existen diferentes grados de “dejar morir” y, con ello, distintos grados de responsabilidad, en el mismo sentido que hay grados de criminalidad o de homicidio.

Por esta razón no se puede afirmar que exista una distinción simple y tajante entre matar a una persona y dejar que esta muera. En suma, afirmar que la distinción en referencia es mucho más compleja de lo que parece a primera vista, no es negar que la distinción misma no tenga ninguna importancia en el momento de decidir el grado de culpabilidad. Lo que afirmamos es solo para establecer la responsabilidad moral de la persona de que se trate, y que las circunstancias en que tiene lugar el caso pueden ser tan importantes que sea menester juzgar cada caso de forma particular.

Ahora bien, la distinción entre matar y dejar morir no coincide con la existente 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. La declaración de principios de la American Medical Association aísla muy bien la cuestión y ese asunto es la “terminación intencionada de la vida de un ser humano a manos de otro”. Pero, tras identificar el problema y considerar como una conducta injustificable el “asesinato piadoso”, la declaración continúa, para equivocadamente, negar que el cese del tratamiento es la terminación intencionada de la vida. Ahí es donde se introduce el error porque, ¿Qué es el cese del tratamiento, en estas circunstancias, si no “la terminación intencionada de la vida de un ser humano a manos de otro”? Desde luego, es exactamente lo mismo, y si no lo fuera, el asunto estaría fuera de discusión.

Por el contrario, en un artículo titulado “A reply to Rachels on Active and passive Euthanasia”, Tom Beauchamp afirma que hay una distinción

importante entre la eutanasia activa y la pasiva, por cuanto el poner activamente fin a una vida elimina toda posibilidad de una vida para el paciente, lo que no ocurre necesariamente al dejar de poner en ejecución medios excepcionales para salvarla. Es cierto que la eutanasia activa corta drásticamente toda posibilidad de vida en un paciente. También es cierto que el paciente puede no morir en un caso de eutanasia pasiva.

De hecho, en algunos ejemplos muy conocidos no llegar a morir hasta transcurrido cierto tiempo –años incluso-. Esto mismo es lo que contraviene la propia concepción de la eutanasia pasiva que sustentó la Asociación Médica Norteamericana, ya que esta no se debe llevar a cabo a menos que los hechos proporcionen una prueba irrefutable de que la muerte es inminente. 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, pues en los pocos casos que ello sucede, es accidental en el sentido de que es completamente imprevisto.

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 porque se proclama la obligación de aminorar los sufrimientos de una persona, y se afirma que esta obligación se halla por encima de la obligación de preservar la vida.

Además, si el principal deber es el de preservar la vida, entonces no tendremos el menor derecho de desconectar el aparato para la respiración artificial o cesar en el uso de cualquier otro procedimiento. Por lo demás, el hecho de que el paciente pueda seguir viviendo, no absuelve al médico de una posible responsabilidad por los actos que ha llevado a cabo. Así, no es exactamente correcto decir que en la eutanasia pasiva el médico no hace nada, porque desde luego hace una cosa muy importante: Dejar morir al paciente. Esta postura, a efectos de valoración moral, no deja de ser un tipo de acción, teniendo en consecuencia el acabamiento de una vida. Si la diferencia entre eutanasia activa y pasiva se apoya en la distinción entre hacer algo para apoducir la muerte y no hacer nada para provocar la muerte, no cabe entonces decir que desconectar un aparato para la respiración artificial sea no hacer nada. En estas circunstancias, se hace realmente algo.

a.7. Eutanasia Voluntaria y Eutanasia no Voluntaria:

Si tomamos el punto de vista de quien va a escribir la eutanasia, es decir, de la persona que debido a unos sufrimientos solicita su muerte, la eutanasia puede ser de dos tipos: Voluntaria y no Voluntaria

Esta distinción gira en torno a la concurrencia o no del consentimiento del sujeto en su propia muerte. Se habla normalmente de Eutanasia Voluntaria cuando es solicitada, libre y conscientemente por quien quiere que le den muerte. Se trata de personas que, se les mate para verse liberadas de sus sufrimientos físicos o morales, porque los consideran

insoportables. Esta práctica podría ser definida a nuestro entender como “muerte por requerimiento”

Aquí el problema tiene dos aspectos: Uno ¿En qué condiciones (caso de haberlas) puede decirse que una persona es perfectamente capaz de formular semejante decisión? ; dos, aún si se considerara que la persona expresa dicha opinión voluntariamente, ¿Deberán cumplirse sus deseos, o habría que denegarlos oponiéndoles la idea de Dios como donador de toda vida, la noción de la santidad de la vida, o cualquier otro tipo de argumentación?

Por el contrario, cuando el paciente, por cualquier razón, no puede expresar su consentimiento se habla de eutanasia no voluntaria. Cuando la persona en cuestión es incapaz de expresar una opinión o un deseo, ¿qué hacer ante semejantes casos?

Ambas prácticas –voluntaria y no voluntaria- deben ser consideradas a todos los efectos como eutanásicas. En cambio, conviene diferenciar esta última práctica, en la cual la decisión es tomada sin contar con la voluntad del sujeto porque ello no es posible debido a unas circunstancias particulares, de la denominada eutanasia involuntaria, ésta debe ser excluída de un modo absoluto y tajante del perfil conceptual de la eutanasia. Si el paciente que tiene capacidad de decidir no ha sido consultado al respecto o ha manifestado que no desea la eutanasia y se contraviene su expreso deseo, la práctica de esta resultaría de todo punto injustificable, alejándose de la eutanasia y

encontrándose mucho más cercana de figuras como el homicidio e incluso el asesinato.

Hay quiénes pretenden circunscribir el término eutanasia a los supuestos en los cuales ésta práctica no es voluntaria- M.COBO DEL ROSAL y J.C. CARBONELL-, para intentar así demostrar la fuerza justificadora que en la eutanasia voluntaria tiene el principio de sutonomía de la voluntad , distinguiéndola así de la no voluntaria, que carece de esa virtualidad.

Pero esta distinción no se ajusta en absoluto al común que de la expresión eutanasia se tiene, bajo la que se comprende no sólo la voluntari, sino tmabién la consentida, pues, como indica J FEINBERG, el caso más común de eutanasia tiene lugar en los hospitales, donde los pacientes, o sus parientes más próximos piden que se ponga fin o se suspenda el tratamiento que les mantiene con vida”.

En otro sentido diferente, podríamos llevar a confusión si estipulamos como principal elemento definidor de la eutanasia, sólo el concurso de la voluntad del sujeto, ya que entonces la estaríamos equiparando a la figura del auxilio al suicidio. Si lo hacemos de esta forma estaríamos ignorando absolutamente elementos relevante sy a la vez definidores de la práctica eutanásica, como puede ser el hecho de que en la petición del paciente medie la piedad, la proximidad de la muerte, la calidad de vida, etc.

Así , conviene diferenciar estas dos figuras, sigquiera sea porque cuandos e habla de eutanasia está implicada una existencia degradada por una

enfermedad, llena de padecimientos. Para MARINA GASCON, otro hecho que vien a diferenciar la práctica eutanásica del auxilio al suicidio, será el que en esta segunda práctica ⁷⁵ los sujetos pueden activar interesadamente en el auxilio que prestan al suicida.

Si bien convenimos con MARINA GASCON en el elemento diferenciador relativo a la existencia de una situación degradante, no nos queda más remedio que manifestar nuestro desacuerdo con ést eúltimo. Tan interesadamente puede actuar alguien en el auxilio al suicidio como en la eutanasia, y quizás mucho más en ésta que en aquel. Por tanto, no considraremos el que se vaya a actuar interesadamente como elemento diferenciador entre estas dos situaciones.

a.8. Eutanasia –Distanasia:

El hombre desde muy antiguo, y cada vez que se ha ido produciendo nuevos avances tecnológicos con mayor frecuencia, no sólo ha intervenido en la existencia de otros seres humanos sino que también ha participado en la prolongación de la vida humana.

Para designar esta realidad ha surgido la necesidad de acuñar un neologismo que de algún modo la expresara y, a su vez, la distinguiera de otras prácticas. Mientras se logró el hallazgo verbal, la distancia cronológica de las dos modalidades – eutanasia y distanasia- ha hecho que el contenido de ambas se solapara, confundiéndose desgraciadamente a veces.

La distanasia, que etimológicamente procede del griego “dis”, mal, algo mal hecho. y “thanatos”, muerte, es la otra cara de la eutanasia, el término opuesto a la anterior. Consiste sin más, en la pretensión de alejar todo

⁷⁵ (p.e. Idém. pág 33)

lo posible el momento de la propia muerte, utilizando para ello todos los medios que la tecnología moderna ponga a su alcance y aunque no exista esperanza alguna de curación.

No se trata de una absolutización del modelo de beneficencia según el cual deberán prevalecer los intereses del médico sobre los del paciente en caso de conflicto(...), pues este no tiene porque llevarnos a una desmesurada prolongación de la vida. Se trata, en cambio, de elevar al grado más alto una actitud vitalista, según la cual, mientras exista un resquicio de vida debe ser mantenida, utilizándose para ello todos los medios artificiales que las nuevas tecnologías hagan disponibles.

No importará, por tanto, si el sujeto posee o no alguna esperanza razonable de vida, y mucho menos la situación de dignidad o indignidad que otorga ese "hilo" de vida que aún queda. Tradicionalmente se han diferenciado, a su vez, dos formas posibles de distanasia.

Por un lado, la distanasia como práctica que pretende prolongar la muerte (no la vida) mediante el empleo de todos los medios que encuentre a su alcance, los más recientes, los más complicados terapéuticamente, los aún no suficientemente experimentados, y todo ello sin pondera la proporción entre cantidad y calidad de los medios empleados y los resultados que se prevén obtener y por otro, la distanasia como conducta que pretende alargar la vida (no la muerte) apoyándose sólo en el empleo de los medios tradicionalmente entendidos como proporcionados en las concretas

circunstancias, con ponderada atención a los resultados cuantitativos y cualitativos previsibles. Según el Doctor GONZALEZ BARÓN, estaremos ante una distanasia o “encamizamiento terapéutico”, cuando aplicamos un tratamiento de carácter excepcional del que no puede esperarse ningún beneficio positivo para el paciente.

Son varias las argumentaciones que se han utilizado a la hora de justificarlas prácticas distanásicas. Así se ha argumentado que mientras hay vida, existe la esperanza; que la vida es un valor tan importante que debe hacerse todo lo posible- y hasta lo imposible-para conservarla incluso en sus grados más elementales, que los demás valores han de estar supeditados a esta conservación; que deben prevalecer los deseos que se producen en los familiares, amigos y el propio interesado para agotar todos los medios; así como el hecho de que los médicos existen para curar , no para matar ni dejar morir.

Estas razones a favor de la distanasia tienen, a su vez, unas interpretaciones racionales en contra, que las limitan, que las anulan a nivel ético como en el mismo estrato religioso moral.

6.OBJETO DE LA EUTANASIA:

Podemos sostener sin lugar a equívocos de ninguna índole que en toda la historia del constitucionalismo moderno, las sociedades organizadas han protegido y garantizado con especial rigor el derecho a la vida. Efectivamente, las constituciones de todos los países del mundo le reconocen a este derecho la categoría de un bien supremo que debe ser celosamente tutelado, pues sin duda la vida humana constituye

el presupuesto para el ejercicio de los otros derechos y porque adicionalmente, su desprotección significa poner en peligro la existencia misma de la comunidad por la eliminación de los individuos que la integran.

La vida es, en este orden de ideas, elevada al rango de derecho inviolable cuya vulneración suele acarrear consecuencias de orden jurídico-penal, por cuanto las conductas que lesionan o ponen en peligro este bien de especial relevancia, son conminadas con sanciones de naturaleza punitiva.

Ahora bien, la discusión contemporánea sobre el derecho a la vida, gira en torno a la definición del contenido esencial del mismo, lo que conduce a definir si este derecho fundamental tiene carácter absoluto, o si por el contrario, puede ser razonablemente limitado en circunstancias concretas.

Desde esta perspectiva, los temas que mayor inquietud y controversias generan entre los juristas, filósofos, médicos y científicos sociales en general, son el aborto y la eutanasia, por cuanto ambos son supuestos en los que se elige la muerte. En el primer caso se elige la muerte antes de haberse comenzado la vida, y en el segundo antes que ésta haya terminado.

La eutanasia plantea como problema de primer orden, la posibilidad de hacer surgir en el titular del derecho a la vida, la facultad de libre disposición sobre su existencia. En otros términos, plantea como interrogante de innegable complejidad, si el derecho a la vida incluye el derecho a la propia muerte.

Con relativa frecuencia, y en muchos países, individuos racionales solicitan que se les permita morir. A veces piden que otros los mate; algunos están ya agonizando, muchos otros con gran sufrimiento.

Esta elección ha sido condenada y defendida durante milenios: las doctrinas de la moral cristiana plantean una posición a favor del derecho a la vida en toda circunstancia, pues postulan como dogma la convicción de que la vida humana tiene un carácter sagrado y un valor intrínseco. La iglesia católica añade que la eutanasia representa un ataque a la ley moral, y una grave usurpación de la esfera de Dios, único facultado para poner fin a la existencia de los individuos.

En esta línea argumental, se dice también que una persona debe soportar el sufrimiento o ser asistido en su estado de inconsciencia hasta que la vida finalice naturalmente, porque creen que terminar deliberadamente con una vida humana niega su inherente valor cósmico. John Locke, el filósofo británico del siglo XVII que tuvo una gran influencia sobre los redactores de la Constitución de los Estados Unidos, “Asume esta idea cuando dijo que una vida humana no constituye una propiedad del individuo que la vive, la eutanasia sería una especie de robo o malversación”⁷⁶

Otra posición ideológica postula una idea, según la cual el derecho a la vida es susceptible de relativización en determinadas circunstancias de conflicto. Desde este punto de vista, “La vida no se define a sí misma como un valor per se, sino que,

⁷⁶ (p.e. DOWRKIN; Ronald El Dominio de la Vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual, Editorial ARIEL, Madrid, pág. 254)

unidos constitutivamente a ella, precisa de otros valores para su efectiva categorización como interés importante"

“El concurso de valores disímiles entre sí, la libertad, sobretodo, la idea de igualdad y de justicia, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, son los que permiten al hombre deducir su condición humana, su papel en el entorno, y forman la conciencia que le corresponde”⁷⁷

Los mencionados valores superiores del ordenamiento jurídico, según esa postura, conforman la vida; sólo ellos y su disponibilidad confieren a la vida su importancia y el valor que tiene y por tanto deben prevalecer cuando se resuelven conflictos relacionados con la eutanasia. A dicha solución debe arribarse con fundamento en la mera interpretación de la parte dogmática de la norma constitucional.

Sin embargo, un influyente sector doctrinario opina que si bien estas hipótesis fácticas plantean una tensión entre el interés que tiene el Estado de mantener las vidas humanas y los valores superiores del ordenamiento jurídico que intentan preservarse en detrimento de estas, no es posible que el juez constitucional decida la prevalecida de los valores superiores, mientras no exista una mediación legislativa o constituyente.

Con fundamento en esta premisa es posible afirmar que el intérprete de la constitución no podría inferir un derecho o disponer de la propia vida, sobre la base

⁷⁷ (p.e. CABELLO MOHEDANO; Francisco y otros. 1990. Entre los límites personales y penales de la Eutanasia, UNIVERSIDAD DE CADIZ, España, pág. . 101.)

de unos valores, porque si bien es cierto que los valores constituyen puntos de obligada referencia para el intérprete y aplicador de las normas constitucionales:

“Estas cláusulas generales son normas incompletas que sólo cobran sentido cuando normas concretas la actualizan y desarrollan. No es posible una jurisprudencia de valores, porque nadie le dice al jurista que debe entender normativamente por justicia, libertad o dignidad, y por tal motivo, se reitera, ellos pueden ser muy relevantes criterios de hermenéutica constitucional, pero no es posible que los tribunales interfieran directamente de ellos, y sin interposición del legislador, derechos subjetivos jurisdiccionalmente amparables, como el pretendido derecho a disponer de la propia vida”⁷⁸

Sin embargo, este argumento, si bien puede ser útil para controvertir la responsabilidad del individuo que ejecuta un homicidio eutanásico, no parece suficiente para que el juez constitucional admita la prevalencia del consentimiento para los efectos de disponer del derecho a la vida.

Algunos penalistas, por su lado, sostienen que frente aun supuesto concreto en el que el hombre exige o consiente que se le prive de su vida deteriorada y apunto de terminar a consecuencia de una enfermedad incurable, la autoridad judicial debe salvaguardar la persona afectada (Dignidad, libertad de pensamiento, libertad individual, libre desarrollo de la personalidad, derecho a no soportar tratos inhumanos, entre otros), y decidir que este homicidio consentido está justificado por la exigencia del estado de necesidad, y que por consiguiente, la eutanasia no será punible. “Ello es

así, porque junto a la lesión de un único (y, en el caso concreto, devaluado derecho fundamental), es necesaria la defensa masiva y prevalente de otros prevalentes intereses constitucionales”⁷⁹

Ningún país occidental permite a los médicos disponer de la vida de sus pacientes. Sin embargo, el Parlamento Holandés, ha declarado que los médicos que lo hagan no serán sancionados si siguen determinadas pautas legales. Actualmente, la eutanasia causa en ese país el 2% de las muertes y su práctica ha provocado una intensa controversia no sólo allí, sino también en EE.UU. y otros países.

En dos Estados de Norteamérica, por ejemplo, la cuestión de si la eutanasia debe ser considerada como un acto de piedad o como un asesinato, ha sido debatida en el terreno político. En 1991, los votantes del estado de Washington rechazaron en referéndum, por un escaso margen, un proyecto de ley que habría legalizado la eutanasia en ese Estado; y en 1992 una legislación similar fue rechazada en California. Sin embargo, existen decisiones jurisprudenciales en algunos Estados, aceptando el derecho a morir de los enfermos terminales, sobre la base del reputado derecho a la intimidad de estos sujetos.

En España las opiniones también se encuentran divididas. Por un lado un mayoritario sector estima que el derecho a la vida consagrado en el artículo 15 de la Constitución en concordancia con el artículo 409 del Código Penal, permiten colegir que la eutanasia activa carece de respaldo jurídico; mientras que la pasiva, designada

⁷⁸(p.c. TOMAS Y VALIENTE, Francisco. 1993. Escritos sobre y desde el Tribunal Constitucional. Los Derechos y El Estado. CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES . Madrid, pág. 166)

en ese país como oportunista, y que consiste en retirar los aparatos de reanimación a los pacientes que han perdido la conciencia, se encuentra apoyada en el ordenamiento jurídico.

Recientemente, se ha planteado el caso de un cuadrapléjico que se encuentra agobiado y solicita el derecho a disponer de su vida. Ramón San Pedro, con 25 años de estado de inmovilidad como consecuencia de un accidente náutico, tiene totalmente paralizado su cuerpo y tan solo puede mover su cabeza. La audiencia provincial de Barcelona se ha inhibido de realizar pronunciamiento de fondo sobre este caso, argumentando que al no existir una ley que regule este tópico le resulta imposible resolver el problema que se plantea.

Tras esta controvertible decisión formal, el abogado de San Pedro ha interpuesto recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, el cual debe decidir, si de acuerdo a la Carta Constitucional, el interés que tiene el Estado de conservar la vida de los asociados, debe ceder en este supuesto concreto para permitir la prevalecida de otros derechos fundamentales y valores como la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y o la dignidad humana.⁸⁰

En Colombia, aunque existe desde hace varios años la Asociación pro derecho a Morir Dignamente, no se ha abordado esta discusión con el rigor que se requiere. La Constitución Colombiana considera que el derecho a la vida es inviolable, y el Código

⁷⁹ (p.e. GIMBERNAT ORDEIG; Enrique, 1976. Estudios de derecho penal. Eutanasia y Derecho penal. ED. TECNOS. Madrid, pág. 52)

⁸⁰ (p.e. FARFAN MOLINA, F. op. cit., pág. 18)

Penal sanciona la conducta del que cause a otro la muerte por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos o enfermedad grave e incurable.⁸¹

Como podemos colegir de la explicación precedente, el tema de la eutanasia genera una serie de problemas jurídicos que involucran los derechos fundamentales, y no pueden ser resueltos sin abordar el análisis o determinar el alcance de los derechos humanos positivizados en la Constitución.

El objeto de la presente tarea investigadora es precisamente realizar una reflexión crítica acerca de la problemática que gira en torno a determinar si de acuerdo con los ordenamientos jurídicos constitucionales, el derecho a disponer de la propia vida puede ser considerado como un derecho fundamental, y en caso de una respuesta afirmativa, cual debe ser el contenido, alcance, significados y límites que debe tener tal derecho.

La eutanasia es un tema de palpitante actualidad, que interesa a los legisladores, constituyentes y juristas, debido a su estrecha vinculación con los derechos del hombre; por tal razón, resulta un imperativo inexcusable ocuparse de su regulación. No hay que cuidar desde luego, que los límites del derecho en cuestiones como la eutanasia, son los límites de la conciencia moral, pues en tales materias “valen mucho más las razones de responsabilidad libre y consciente que las razones de la coerción.”⁸²

⁸¹ (p.e. Idcm)

7. EUTANASIA E INDUCCION O AYUDA AL SUICIDIO

Más compleja aún es la situación relacionada con la eutanasia activa o con la ayuda ejecutiva al suicidio, por cuanto en estos caso la causa de la muerte no es la propia enfermedad, sino la acción de un tercero por petición expresa de quien padece la enfermedad incurable o la minusvalía de tal magnitud que le impide valerse por sí mismo. frente a estos supuestos, el problema jurídico que ha de resolverse es el relativo a la posibilidad de que el ordenamiento jurídico consagre o no un derecho a disponer de la vida.

En España, el Tribunal Constitucional Español, que es la institución facultada para determinar el contenido esencial de los derechos fundamentales, ha negado de manera rotunda que exista un derecho a la propia muerte. Textualmente señaló en el ya citado caso del colectivo grado que “El Derecho Fundamental a la Vida, en cuanto un derecho subjetivo da a sus titulares la posibilidad de recabar al amparo judicial frente a toda actuación de los poderes públicos y en especial al legislador, esos bienes frente a ataques de terceros, sin contar para ello con la voluntad de sus titulares e incluso cuando ni siquiera quepa hablar, en rigor, de titulares de ese derecho”.

“Tiene por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquella fácticamente disponer

⁸² (p.e. TOMÁS Y VALLENTE, F. 11 de abril de 1994, Los Extremos de la Vida. En: El País (Madrid) pág. 15)

sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación agere licere, en cuanto que la privación de la vida o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe, pero no un derecho subjetivo de carácter fundamental.”

En virtud de ello concluye el Tribunal que no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte que, por consiguiente, carece de apoyo constitucional.

Los defensores de la eutanasia activa alegan entonces que el no permitir a un enfermo de gravedad o a un cuadrapléjico el acceso a esa solución, vulnera una serie de derechos consagrados en la Constitución, tales como la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana, la libertad ideológica y el derecho a la intimidad.

Esta tesis carece, en principio, de viabilidad práctica, si se tienen en cuenta otro de los planteamientos esgrimidos para resolver el caso Grapo: En efecto, la persona que se sienta afectada no puede recurrir a los jueces o al Tribunal Constitucional en busca de tutela para los intereses anteriormente mencionados, por cuanto el recurso de amparo se consagra en la Constitución para proteger derechos fundamentales y no valores del ordenamiento jurídico como los que ponen de presente los que apoyan la eutanasia activa.

En cuanto a la libertad genéricamente considerada, según el artículo 11 de la Constitución Española, es un valor superior del ordenamiento jurídicos indudable, afirma el tribunal, que muchos de los derechos fundamentales y libertades públicas

tutelables en amparo son proyección del valor libertad, pero sólo estas proyecciones concretas crean derechos amparables en esta vía procesal.

Otro tanto cabe decir en relación con las supuestas infracciones por violación de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad, los cuales constituyen, de conformidad con el artículo 10.1 de la Constitución española, fundamentos del orden jurídico y la paz social, y no derechos fundamentales susceptibles de ser protegidos por el amparo.

Queda entonces la libertad religiosa como único derecho fundamental que se podría considerar eventualmente concretado al no aplicarse la eutanasia activa a quien la solicite. Un sector doctrinario estima que el respeto de los deseos del paciente que quiere morir garantiza su libertad ideológica, y concretamente la religiosa, porque el único argumento para negar tal pretensión es la tesis católica de que Dios, y no el hombre, es el que puede disponer de la vida humana; pero este argumento, agregan, carece de cualquier fundamento ético fuera del marco estrictamente religioso y por ello, no puede ser compartido por los ateos, que son ciudadanos como los demás.

Conviene advertir que este razonamiento tampoco es compartido por la judicatura española, pues respecto a la libertad ideológica y religiosa, ha dicho que no son derechos absolutos, pues tienen como límite la vida y la salud de las personas, resultando por tanto improcedente pretender que se aplique la eutanasia activa por los motivos señalados.

La violación del derecho a la intimidad tampoco viene al caso, pues el Tribunal ha reconocido que en la noción de intimidad personal se integra la intimidad corporal, como inmunidad frente a toda indagación o pesquisa que sobre el cuerpo quisiera imponerse contra la voluntad de la persona; lo cual podría servir como argumento en apoyo de la ornabais, pero no de la eutanasia activa.

Más patente se hace la prohibición de la eutanasia activa cuando se constata que la ley penal española sanciona en el artículo 409 del Código Penal la conducta denominada “ayuda ejecutiva al suicidio”, que justamente comete la persona que da muerte a otra con su expreso consentimiento, siendo esta última casi siempre, aunque no necesariamente, un sujeto pasivo que sufre enfermedad incurable o graves padecimientos.

En ese orden de ideas, resulta imperativo colegir que la eutanasia activa carece de respaldo constitucional en España, por cuanto no existe derecho subjetivo a exigir la propia muerte, siendo que además quien ejecute el homicidio piadoso será sometido a sanción criminal, de conformidad con lo previsto en el ya citado artículo 409 del Estado Punitivo.

En opinión del tratadista FRANCISCO FARFAN MOLINA, “ Esta respuesta ha de estimarse adecuada por que se sustenta en la estructura normativa actual del estado Español. En otras palabras – sigue diciendo- se considera una solución correcta

en el terreno del ser. Pero si vamos más allá y abordamos el estudio y análisis del deber-ser, es preciso admitir unas variantes en la solución de esta problemática.”⁸³

Efectivamente la Constitución Española consagra como valores superiores del ordenamiento jurídico, entre otros la libertad y la justicia; dando a entender claramente que junto a estos, existen otros valores que también constituyen fundamento axiológico del estado, pero no son superiores, y entre los que se destacan la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.

El Estado debe propugnar (defender y amparar) estos valores, comprometiendo su esfuerzo por incorporarlos al ordenamiento, es decir, que la Constitución obliga a que estos valores informen y animen la totalidad normativa.

Existen situaciones límite en las cuales la vida del ser humano se encuentra tan deteriorada, y en circunstancias que la degradan como ser humano capaz de autodeterminación. Cuando ello ocurre, la obligación de mantenerla en contra de la voluntad de quien la vive, se revela como una respuesta vulnerada de todos los valores y principios anteriormente mencionados.

“Justificar la eutanasia activa en unas hipótesis concretas, podría estimarse- al decir de FARFÁN MOLINA-compatible con el estado social y demográfico que prevé la Constitución. Esto desde luego, sólo podría realizarse mediante una ley muy análoga a la que ha sido sancionada recientemente en Holanda, ya que no es posible una jurisprudencia de los valores, por cuanto los tribunales no pueden inferir directamente de ellos, y

⁸³ (p.e. FARFÁN MOLINA, F. op.cit. pág. 62)

sin la interposición del legislador, derechos subjetivos jurisdiccionalmente amparables, como valores, aún los constitucionalmente revelados, requieren el desarrollo y la concreción legislativa.”⁸⁴

En el momento actual, tanto en España como en EE.UU:

“El derecho produce el resultado irracional de que la gente puede elegir morir lentamente, negándose a comer, rehusando los tratamientos que la mantienen con vida, o asfixiándose al desconectar los respiradores, pero no pueden elegir la muerte rápida e indolora que sus médicos podrían fácilmente proveer.”⁸⁵

Obviamente, legalizar la ayuda al suicidio o la eutanasia desde una perspectiva general, no es posible, porque ello dejaría de lado los supuestos axiológicos de una sociedad políticamente organizada. Pero permitir tales prácticas en casos límite significaría la defensa integral de un conjunto de valores que son los que en definitiva proveen al Estado una carta de navegación para adoptar las soluciones normativas necesarias para la convivencia de los asociados.

⁸⁴ (p.e. Idem)

⁸⁵ (p.c. DWORKIN Ronald. op.cit. pág. 328)

CAPITULO TERCERO

**LEY DE PRUEBA DE PETICION DE TERMINACION DE LA
VIDA DE 1° DE ABRIL DE 2002 DE HOLANDA**

1. TERMINACION DE LA VIDA A PETICION DEL ACTO ASISTIDO DEL SUICIDIO (HOLANDA).

COMPROBACION DE LA TERMINACION DE LA VIDA A PETICION PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO Y MODIFICACION DEL CODIGO PENAL Y DE LA LEY REGULADORA DE LOS FUNERALES (LEY DE COMPROBACION DE LA TERMINACION DE LA VIDA A PETICION PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO).

CAPITULO I. 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.

CAPITULO II: 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 acabo 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 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 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 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.

CAPITULO III. COMISIONES REGIONALES DE COMPROBACION DE LA TERMINACION DE LA VIDA A PETICION PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO.

PARRAFO 1: CREACION, COMPOSICION 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 refiere 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 fase.

Artículo 4:

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

Artículo 5:

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

Artículo 6:

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

PARRAFO 3: REMUNERACION.

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.

PARRAFO 4: TAREAS Y COMPETENCIAS

Artículo 8:

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo 2, 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 permanentes, 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 del 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.

PARRAFO 6: METODO 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 las 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 ABSTENCION:**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 comunicarlos (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.

PARRAFO 8: PRESENTACION 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 le 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.

CAPITULO IV: 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 categoría quinta.
2. El supuesto al que se refiere al 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 añadirán después de “293”: , párrafo primero,
- D. En el artículo 422 se añadirán 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 convencida 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 destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, a los que se refiere al 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, 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 produce otros casos distintos de los mencionados en el párrafo segundo y el médico que trata la 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 y el informe a los que se refiere el artículo 7 párrafo tercero y de los formularios a que se refiere los 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.

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, informarán inmediatamente al fiscal a este respecto relleno 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. Así mismo, 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.

CAPITULO 6: 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.

- Ordenó 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 No. 137.

a) Preguntas y respuestas sobre la Ley Holandesa de “Verificación de la Terminación de la vida a Petición y Ayuda al Suicidio” (Ley Holandesa de la Eutanasia)

1. ¿Por qué una ley de la eutanasia?

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

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

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

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

2. ¿Están exentos de responsabilidad penal en Holanda los médicos que practican la eutanasia?

R. La eutanasia, o terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio, sigue siendo un hecho punible, salvo que exista notificación por parte del médico que la ha practicado, y que haya cumplido con los requisitos de diligencia que exige la ley. A tal fin se ha incluido en el Código penal Holandés una eximente especial. La actuación del médico consistente en terminar con la vida del paciente es objeto de verificación por una comisión de verificación (nombrada por los Ministros de Justicia, Salud Pública, Bienestar y Deportes). La verificación se

centra en el contenido de la actuación del médico que ha notificado el acto de terminación de la vida, cuando la comisión de verificación, tras examinar el expediente, ha llegado al convencimiento de que el médico ha obrado con la debida diligencia. En este caso, ya no se informa al Ministerio Fiscal. Cuando existan indicios de una actuación negligente por parte del médico al no haber observado los requisitos de la debida diligencia el caso se pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal y de la Inspección de Sanidad. Ambos examinarán si el médico ha de ser perseguido judicialmente.

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

3. ¿Cuáles son los requisitos de diligencia que se deben cumplir?

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

- a. Haber llegado al convencimiento de que la solicitud del paciente es voluntaria y ha sido bien pensada.
- b. Haber llegado al convencimiento de que el sufrimiento del paciente es insoportable y que no tiene perspectivas de mejorar.

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

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

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

4. ¿Se accede en Holanda a cualquier solicitud de eutanasia?

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

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

5. ¿Está el médico obligado a acceder a la solicitud de eutanasia?

R. No. Los médicos pueden negarse a practicar la eutanasia. Las enfermeras pueden negarse a hacer los preparativos para que pueda practicarse la eutanasia. Un médico o enfermera nunca podrán ser condenados por no haber accedidos a una solicitud de eutanasia.

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

6. ¿Por qué los pacientes solicitan al médico la terminación de la vida cuando existen buenos cuidados paliativos y terminales?

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

forma de terminación de la vida del paciente puede representar un final digno para unos buenos cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos pueden ser de distintos tipos. Los pacientes con enfermedades incurables reciben en primera instancia cuidados a domicilio. Entre las personas encargadas de cuidar al paciente se encuentran el médico de cabecera, las enfermeras y asistencia en su propio domicilio son ingresados en un centro especializado.

Tradicionalmente el paciente es ingresado primero en un hospital, luego en un centro asistencial y más tarde en una residencia para ancianos. Los hospitales holandeses disponen desde hace tiempo de unidades para cuidados paliativos. Además, existen muchas residencias con unidades especiales para pacientes terminales. Son más recientes los hospicios y hogares enfermos incurables que no pueden morir en casa.

7. ¿Cuál es el procedimiento de notificación?

R. El médico tiene que notificar todo caso de muerte no natural al forense municipal. En caso de que se practique la eutanasia o ayuda al suicidio, el médico redactará un informe basándose en su modelo.

El forense, en su propio informe, hará constar que la muerte del paciente se ha producido de forma no natural. Enviará este informe al Fiscal que dará permiso para enterrar.

Se entregará el informe del médico y del forense a la comisión regional de verificación. La comisión también habrá de recibir el informe del Asesor y, en su

caso, la declaración de voluntad escrita del paciente fallecido. También se hará entrega del informe del forense al Fiscal.

La comisión verificará que el médico haya actuado con la debida diligencia. Si la comisión estima que el médico ha obrado con la debida diligencia, el médico queda exento de responsabilidad penal.

Si la comisión estima que el médico no ha obrado con la debida diligencia, comunicará su opinión al Ministerio Fiscal. Y al Inspector Regional de Sanidad. Tanto el Fiscal como el Inspector Regional examinarán si se han de tomar medidas determinando, en su caso, las medidas que tengan que ser adoptadas con respecto al médico.

8. ¿Cómo se debe realizar la consulta a un médico independiente?

R. Antes de acceder a la petición de eutanasia, el médico tiene que consultar con otro médico independiente que no haya tratado al paciente. El médico independiente (el asesor) tras haber visto al paciente, vuelve a evaluar el transcurso de la enfermedad. El asesor también comprobará que la solicitud de eutanasia sea voluntaria y haya sido bien pensada, y, asesorará por escrito a su colega.

En Holanda existe un colectivo de médicos (de cabecera) preparados para contestar las preguntas de médicos que tienen que adoptar decisiones en torno al final de la vida. Es conveniente que el médico consulte con unos de esos asesores.

9. ¿Cómo funcionan las comisiones regionales de verificación y por quién están compuestas?

R. Existen cinco comisiones regionales de verificación que comprueban que se hallan los requisitos de la debida diligencia cuando se ha practicado la eutanasia. Cada comisión, con un número de miembros impar, viene integrado por una jurista que, a su vez, es presidente, un médico y un experto en ética. De esa manera quedan controlados los aspectos jurídicos y médicos, así como los aspectos de ética que rigen en nuestra sociedad. La comisión edita un dictamen por mayorías de votos. Tanto el presidente como los demás miembros de las comisiones son nombrados por un período de seis años por los Ministros de Justicia y de Salud Pública, Bienestar y Deporte.

Las cinco comisiones regionales de verificación funcionan ya desde el 1 de noviembre de 1998. Según la nueva ley, las comisiones de verificación ya no tendrán que presentar un informe de peso ante el Ministerio Fiscal cuando estimen que se han observado los requisitos de la debida diligencia al practicarse la eutanasia o ayuda al suicidio. Las comisiones también responden del registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o ayuda al suicidio que hayan sido notificados para ser examinados. Esto no significa que las comisiones regionales de verificación estén asumiendo las funciones propias del Ministerio Fiscal, ya que únicamente se pronuncian sobre la observancia o no de los requisitos de la debida diligencia. El Ministerio Fiscal iniciará una investigación cuando existan indicios fundados de culpabilidad por hecho punible.

10. ¿Se aceptan las declaraciones de voluntad manifestadas tanto de palabra como por escrito?

R. La ley acepta tanto la declaración de voluntad manifestada de forma oral como la manifestada de forma escrita. La declaración de voluntad manifestada de cualquiera de estas dos formas podrá ser considerada por el médico como legítima solicitud de eutanasia. El reconocimiento de la declaración de voluntad escrita es importante sobre todo cuando el médico tiene que decidir si accede a la solicitud de eutanasia del paciente que ya no puede manifestar su voluntad oralmente. La declaración de voluntad escrita es considerada como una solicitud bien pensada de eutanasia. La existencia de una declaración de voluntad no exime al médico de su obligación de formarse su propio juicio, teniendo en cuenta los requisitos de diligencia de aplicación a las solicitudes de terminación de la vida.

El médico considerará la declaración de voluntad con seriedad, salvo que se desprenda que el paciente no estuviera en condición de discernir sus propios intereses (incapaz) en el momento de redactar la declaración. En este caso, la declaración de voluntad no se considerará como una solicitud de eutanasia.

Es importante que siempre que la situación lo permita, el médico comente con el paciente el contenido de la declaración de voluntad.

Con la regulación legal de la declaración de voluntad escrita se ofrece la posibilidad a los pacientes de manifestar su deseo de terminar la vida cuando su situación ya no ofrezca perspectivas y sufran de forma insostenible y no sean capaces de expresar. La ley sólo se refiere a la terminación de la vida a petición propia.

Por tanto, la ley no se aplica cuando el paciente es incapaz. Para este tipo de paciente, el gobierno holandés dictará unas normas complementarias.

11. ¿Cómo se determina si existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora?

R. Si se trata o no de un sufrimiento sin perspectivas de mejora, eso lo establece la opinión médica competente. El médico ha de determinar, según su opinión profesional, que el estado del paciente no es susceptible de mejora. El sufrimiento insoportable es más difícil de establecer objetivamente. La comisión de verificación determinará en cada caso si el médico podía haber concluido de manera razonable que el paciente sufría de manera insoportable. El médico ha de tratar a fondo con el paciente todas las alternativas de tratamiento. Mientras exista una alternativa real de tratamiento, no podrá considerarse en términos médicos, que no hay perspectivas de mejorar. En cambio, el sufrimiento insoportable, al contrario que el sufrimiento sin perspectiva de mejorar es un factor muy subjetivo que difícilmente puede ser objetivado. No obstante, cuando el sufrimiento no sea evidente para el médico, los asistentes o familiares, tendrán que poder aprender y sobre la base de su pericia profesional objetivar en cierta medida.

12. ¿Se incluye también el sufrimiento psíquico dentro del concepto del sufrimiento insoportable?

R. Resulta difícil valorar de forma objetiva si la eutanasia ha sido solicitada de forma voluntaria y bien pensada, cuando el paciente está psíquicamente enfermo y su sufrimiento no tiene su origen inmediato en una afección física. Cuando se solicite la eutanasia en estos casos, el médico tiene que consultar no con uno, sino con dos médicos independientes, de los cuales uno al menos sea psiquiatra. Tienen que haber visto al paciente y haber hablado con él. No se incluye la

posibilidad de recurrir a la fuerza mayor, pero será juzgada con extrema reserva. En general, el Ministerio Fiscal pasará a perseguir el caso. En este caso, el juez es quien decide si es un caso de fuerza mayor.

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

13. ¿Puede practicarse la eutanasia en caso de demencia?

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

En contestación a las preguntas del parlamento sobre demencia y eutanasia, el Ministro de Sanidad Pública, Bienestar y deporte contestó que la demencia puede

conducir a una situación de vida inaceptable. Se trata en este caso de que la persona en cuestión considera la situación de demencia como inadmisibile; aún así se deberá determinar si el paciente a juicio médico, sufre de forma insoportable y sin perspectivas de mejora.

14. ¿No es la tarea del médico el velar por la vida?

R. Si, velar por la vida es la tarea primordial del médico. La eutanasia no forma parte del deber de cuidados médicos: este deber si incluye la asistencia para tener un final digno de la vida. El deber de cuidados médicos implica también que el médico no aplique un tratamiento que sea inútil. En el caso de que el tratamiento no ofrezca resultado, será el médico el responsable de aliviar el sufrimiento.

Un estudio independiente publicado en 1996 ha demostrado que los médicos en Holanda tratan con máxima prudencia las decisiones en torno al final de la vida del paciente.

15. ¿Puede un paciente ir a Holanda para que se le practique la eutanasia?

R. No, esto no es posible ya que es imprescindible la existencia de una relación de confianza entre el médico y el paciente. El procedimiento para la notificación y la verificación de cada caso de eutanasia exige que el paciente haya solicitado la eutanasia de forma voluntaria y bien pensada y su sufrimiento sea insoportable y sin perspectivas de mejorar. Para poder evaluar estos aspectos, el médico debe conocer bien al paciente, en otras palabras el paciente ha de estar durante cierto tiempo bajo tratamiento del médico.

El acceder a una solicitud de eutanasia supone para el médico una enorme carga emocional. Los médicos no toman una decisión de este tipo a la ligera. Desde este

punto de vista, en el contacto personal con el paciente, también desempeña un papel importante todo el tiempo que éste haya estado bajo tratamiento.

16. ¿Puede un menor de edad solicitar la eutanasia?

R. La ley contempla una disposición relativa a las solicitudes terminación de la vida y ayuda al suicidio presentadas por menores de edad. En cuanto a la diferenciación entre categorías de edad dicha disposición respeta los reglamentos existentes relativos a actuaciones médicas en cuanto a menores de edad. Los pacientes de 12 a 16 años pueden solicitar la eutanasia, pero se exigirá el consentimiento de los padres o del tutor. Por lo que se refiere a los menores de 16 y 17 años, en principio, podrá decidir por sí mismo, pero se exigirá que los padres formen parte del proceso de la toma de decisión.

También en los casos en que sea pacientes jóvenes quienes soliciten la eutanasia debe quedar probado que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejorar. Es obvio que el médico, a la hora de acceder a una solicitud de un menor de edad, deberá cumplir con los citados requisitos de diligencia

La práctica ha demostrado que la eutanasia se aplica principalmente a personas con carácter terminal (90%). Por lo general, las solicitudes de eutanasia de menores de edad son presentadas por menores gravemente enfermos que sufren de cáncer. En estos casos sumamente extremos, son los padres o tutores quienes deben estar de acuerdo con la solicitud. En la práctica siempre ha habido un amplio diálogo entre el médico, el paciente y los padres

o el tutor. Casi nunca se ha dado el caso de que no se haya alcanzado el concepto entre las partes.

17. ¿La ley holandesa de la eutanasia es contraria a los convenios internacionales que velan por el derecho a la vida?

R. El gobierno holandés estima que la ley no está en pugna con la obligación internacional de proteger el derecho a la vida contra su violación por parte de los poderes públicos o de los ciudadanos. Esta obligación está recogida en el artículo 6 del Pacto de las Naciones Unidas de Derechos Civiles y Políticos y en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. El fundamento de estas disposiciones es el respeto a la vida. Estas convenciones privan al gobierno y a los terceros del derecho de quitarle la vida a una persona en contra de su voluntad (a excepción de los casos excepcionales citados). Estas disposiciones no pretenden alargar el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Lo que hace es proteger a la persona de la violación del derecho a la vida. No consta en el texto ni en la legislación en que casos se infringe ese derecho. Según la interpretación corriente de las disposiciones citadas- formuladas de forma genérica- los Estados contratantes tienen un amplio margen de libertad para regular la protección de la vida en su respectivos sistemas jurídicos. De las convenciones no se desprende una prohibición general de la eutanasia y ayuda al suicidio, sino que exigen “el respeto a la vida”. Este es el punto de partida de la ley de la eutanasia. Con la práctica de la eutanasia a petición voluntaria del paciente no se está privando deliberadamente a una persona de su vida, como se refiere los citados artículos.

El artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos dispone:

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

La ley de la eutanasia se opone a los Convenios Internacionales y a los Derechos Fundamentales allí recogidos. El gobierno holandés es el primero en garantizar estos derechos, sin llevar al extremo de impedir a las personas que decidan si su vida es digna. En Holanda, a diferencia de otros países, no está penalizado el suicidio.

18. ¿Qué puede decirse de la notificación de casos de eutanasia entre 1990 y 1999?

R. Las investigaciones llevadas a cabo por organismos independientes en 1991 y 1996 (a petición del gobierno holandés) sobre la situación en la que se encontraba la eutanasia, pusieron de manifiesto que las prácticas destinadas a la terminación de la vida por un médico no se efectuaban de forma arbitraria, sino que, al adoptarse una actitud abierta cada vez se actuaba con más cuidado. Los resultados de los informes anuales de 1998 cada vez se actuaba con más cuidado. Los resultados de los informes anuales de 1998, 1999 y 2000 de las comisiones

regionales de verificación, también indican que ha aumentado el número de notificaciones por parte de los médicos. Hasta ahora, Holanda es el único país en que se ha llevado a cabo este tipo de investigaciones. En el 2001 se inició una nueva investigación en la que se evaluó, entre otras cosas, el funcionamiento y el método de trabajo de las Comisiones Regionales de Verificación. Se prestará especial atención a los factores relevantes que influyan en la disposición de los médicos para notificar las actuaciones de terminación de la vida. También se volverá a analizar la situación de las actuaciones médicas de terminación de la vida y se equiparará con la de 1991 y 1996.

Los resultados de la investigación de 1996 fueron obtenidos a partir de entrevistas y encuestas anónimas llevadas a cabo entre los médicos. No existen indicios que hayan comentado las prácticas tendientes a la terminación de la vida en grupos vulnerables de pacientes o en pacientes con enfermedades menos graves. Incluso ha disminuido los casos de terminación de la vida por el médico; tampoco ha aumentado la eutanasia de forma desmesurada en el período comprendido entre 1990 y 1995. No obstante, si se ha triplicado el número de notificaciones de eutanasia y ayuda al suicidio. En lo que se refiere al procedimiento de notificación, los médicos consultan más con otros colegas y dejan constancia escrita de sus decisiones.

- c) Modelo de Informe para el médico en caso de terminación de la Vida o Ayuda al Suicidio.

MODELO DE INFORME

Del médico para notificar al forense municipal el fallecimiento a consecuencia de la aplicación de prácticas destinadas a la terminación de la vida o ayuda al suicidio a que se refiere el artículo 2.

Al notificar al forense municipal un caso de muerte no natural por terminación de la vida a petición del paciente o ayuda al suicidio el médico que trató al paciente entregará al forense un informe redactado según el modelo siguiente:

Nótese: Las respuestas deberán ser motivadas. Al contestar las preguntas, el médico podrá adjuntar en anexo información complementaria. También podrá adjuntar un anexo cuando no tenga suficiente espacio para contestar. Deberá hacer constar con claridad a que pregunta o preguntas se refieren los anexos.

Datos del Médico:

Apellidos:

Iniciales

Cargo:

a. Médico de cabecera _____

b. Médico de una residencia sanitaria _____

c. Especialista: _____ (nombre de la especialidad)

Nombre del organismo (en su casa) _____

Dirección Profesional _____

Código Postal/Localidad: _____

Datos del Fallecido:

Apellidos :

Iniciales:

Fecha del Fallecimiento: _____

Edad:

Lugar del Fallecimiento (municipio):

Historial de la Enfermedad:

- a. Qué enfermedad/es, padecía el paciente y desde cuando?
- b. Qué terapias médicas se emplearon?
- c. Existían perspectivas de curación del paciente?
- d. En qué consistía el sufrimiento del paciente?
- e. Existían posibilidades para aliviar el sufrimiento del paciente?
- f. En caso afirmativo. ¿Qué opinaba el paciente sobre éstas alternativas?
- g. Aproximadamente, ¿En qué plazo se esperaba el fallecimiento de no haberse procedido a la terminación de la vida a petición propia o a la ayuda al suicidio?

Solicitud de terminación de la vida o ayuda al suicidio

- a. Cuándo solicitó el paciente la terminación de la vida o ayuda al suicidio?
- b. Cuándo reiteró ésta petición?
- c. Quién estaba presente cuando se formuló la petición?
- d. Existe una declaración de voluntad escrita?

- e. En caso afirmativo, ¿De qué fecha? (acompañese la declaración al informe)
- f. En caso negativo. ¿Cuál es el motivo?
- g. Existen indicios de que el paciente formuló la petición por corazón o influencia de otras personas?
- h. Existía algún motivo para dudar que el paciente estaba plenamente consciente del alcance de su petición y de su situación física cuando hizo la petición?

Nótese: Las actuaciones de determinación de la vida con respecto a pacientes cuyo sufrimiento tenga un origen primariamente psíquico así como con respecto a pacientes cuya capacidad de expresar una petición bien pensada pueda haber sido perturbada, por ejemplo con una consecuencia de una depresión o de una demencia progresiva, han de notificarse según el procedimiento para los casos de determinación de la vida sin solicitud expresa del paciente.

La notificación de las actuaciones de terminación de la vida con respecto a pacientes menores de edad también se llevara a cabo según ese procedimiento.

- i. ¿Se consultó al personal de enfermería o de cuidados acerca de terminación de la vida?
- j. En caso afirmativo, ¿Con quién y cuales fueron sus opiniones?
- k. En caso negativo, ¿Por qué no?
- l. Se consultó con los familiares acerca de la terminación de la vida?
- m. En caso afirmativo, ¿ Con quién y cuáles fueron sus opiniones?
- n. En caso negativo ¿Por qué no?

Consulta:

- a. ¿Qué médico/s ha/n sido consultados?

- b. En calidad de:
 ¿Médico de cabecera/, especialista/, psiquiatra, otra, a saber?
- c. El paciente también fue tratado por es/ esos, médico/s?
- d. Cuál es su relación con usted?
- e. Cuántos ha/n visto el / los médico/s no haya/n consignado su opinión por escrito, ¿Cuál era la opinión del médico consultado acerca de los aspectos arriba mencionados?

La ejecución de la terminación de la vida a petición propia o la ayuda al suicidio.

Se practicó la.

_____ Terminación de la vida a petición propia (siga la pregunta siguiente) o

_____ Ayuda al suicidio

- a. Quién practicó de hecho la terminación de la vida a petición propia?
- b. Con qué medios y de qué modo se terminó la vida?
- c. Se solicitó información previamente sobre el método a aplicar y, de ser así, a quién?
- d. Qué personas, aparte de usted estaban presentes en la terminación de la vida?

Comentarios

- a. Desea hacer algún comentario a la comisión regional de verificación que no haya podido incluir en las preguntas anteriores?

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Firma

2. LA LEY DE EUTANASIA DENOMINADA TERMINACION DE LA VIDA A PETICION Y DEL SUICIDIO ASISTIDO

a) Su Sentido y Alcance:

La Cámara Baja del Parlamento de Holanda aprobó una iniciativa para permitir la eutanasia y el suicidio asistido con lo que se convierte en el primer país que legaliza esta práctica después de tolerarla durante décadas.

La nueva Ley Holandesa sobre la Eutanasia da una mayor seguridad legal al médico, sin modificar fundamentalmente el régimen de tolerancia que regía en el país desde 1997. “Lo importante, es la seguridad jurídica para el médico y para el paciente”, estima el Ministro Holandés de Justicia, BENK KORTHALS.

Hasta la entrada en vigencia de la ley, la eutanasia seguía siendo un acto criminal, pero los médicos de hecho no eran ya objeto de procedimientos

judiciales. A partir de ahora, la eutanasia es un acto legal, condición que se realiza respetando criterios estrictos.

El médico debe tener la convicción de que se trata de un pedido manifiesto por el paciente después de haberlo reflexionado maduramente. El paciente debe estar en una situación médica sin salida y padecer sufrimientos insoportables.

El médico debe informar al paciente de la situación en que se encuentra y de las perspectivas que tiene.

Los analistas dicen que en realidad se blanqueó una práctica que ya se toleraba. El médico como el paciente deben acordar de que no hay otra solución, otro médico debe ser consultado y la vida del paciente debe concluir de una forma médicamente apropiada.

La eutanasia es legal en Holanda, con lo que el país se convirtió en el primero del mundo en permitir que se provoque la muerte de personas fatalmente enfermas que están desesperadas por morir.

Los opositores de la legalización trazaron temidos paralelos con la Alemania Nazi cuando el parlamento holandés aprobó en abril de 2002, convertir en ley una práctica tolerada en el país durante dos décadas.

Peor los médicos holandeses no ganaron una licencia para matar, ya que deben obedecer estrictas reglas o ser enjuiciados. Los pacientes deben enfrentar un futuro de sufrimiento insoportable e interminable-estar “cansados de vivir” no es suficiente – y deben hacer un pedido voluntario y muy meditado, de morir.

El médico como el paciente deben estar convencidos de que no hay otra solución, otro médico debe ser consultado y la vida del paciente debe concluir de una forma médicamente apropiada. Un panel de expertos examina el caso tras la muerte, y reportará a un fiscal público si duda que el médico actuó apropiadamente.

Una comisión de expertos independientes de Derechos Humanos de las Naciones Unidas criticó la Ley Holandesa, diciendo que podría conducir a asesinatos piadosos rutinarios e insensibles.

El comité dijo que no estaba convencido de que el sistema holandés detectaría y evitaría casos donde se pudiera ejercer presión sobre un paciente para evadir criterios legales.

También expresó su preocupación de que niños entre 12 y 16 años tuvieran la opción de la Eutanasia con aprobación de sus padres, y que las revisiones se realizaran sólo después de la muerte de los pacientes.

Pero médicos holandeses dicen que la ley cambia muy poco las cosas, pues simplemente despenaliza una práctica que ha sido realidad durante largo tiempo. “Es un cambio simbólico”, dijo COOT KUIPERS, médica general del sureño pueblo de Uden, “Para muchas personas que son enfermas terminales, el simple hecho de que puedan morir es un inmenso consuelo”, agregó.

Ahora bien, la propuesta de legalizar la eutanasia o su legalización, efectiva, como en el caso de Holanda representa un nuevo intento de dar respuesta, mediante la legalización, a situaciones extremas, con la intención a la vez, de mantener esas situaciones en su condición excepcional. Para esto, se limita rigurosamente la aplicación de esa ley a ese tipo de situaciones. Pero, en verdad, tal pretensión es vana.

La Ley Holandesa prevé que la eutanasia pueda aplicarse sólo cuando los sufrimientos del enfermo sean insoportables. La pregunta que surge es quién y como se puede medir la insoportabilidad de un sufrimiento. No parece posible evitar que, a la postre, se trate de una valoración subjetiva.

El Tribunal Supremo de este país ya ha interpretado que esos sufrimientos incluyen también los de naturaleza psíquica. Una limitación legal que es susceptible de apreciación subjetiva, está condenada a experimentar una imparable ampliación.

Un ejemplo cercano lo constituye la ley de despenalización del aborto. En España, el aborto procurado está despenalizado en tres supuestos: Violación, malformaciones del feto, grave riesgo para la salud de la madre.

De los casi 50,000 abortos que se realizan al año en España, el 90% se amparan en el tercer supuesto: El más susceptible, precisamente, de valoración subjetiva. Un peligro que, objetivamente, ha quedado reducido a una posibilidad excepcional por el desarrollo anual de la medicina, parece que se ha convertido en España en una autentica epidemia, con decenas de miles de casos documentados. Lejos de dar una respuesta tolerante a casos que se presentan como extremos y dramáticos, lo que se consigue con la legislación es normalizar esos casos: Hacer que sea normal que el feto suponga un grave peligro para la salud de la madre.

Recientemente, se ha concedido el indulto a una mujer culpable de matar a su marido, tras largos años de estar sometidas a malos tratos por él. La consideración de estas y otras circunstancias hizo que, desde el principio, la opinión pública fuera favorable al indulto y que la concesión de ésta haya sido acogida con satisfacción general.

Poco, ¿Sería razonable dar una respuesta legislativa a casos como éste?
¿Resultaría sensato despenalizar la ley por el asesinato del marido en el

supuesto de que se dieran circunstancias dramáticas que la ley pasaría a determinar escrupulosamente?

A nadie se le escapa que una ley así no haría otra cosa que fomentar la multiplicación de tales casos, exponiendo la determinación restrictiva de esas circunstancias a una progresiva ampliación en función de estimaciones subjetivas. Dictar esa ley sería algo como levantar la veda del marido agresivo.

La legislación, nunca constituye una mera respuesta a situaciones límite. Un acto legislativo no es un acto jurisprudencial, que puede dar un tratamiento circunspecto, tolerante y atenuado a un problema excepcional, manteniendo a la par la excepcionalidad de éste. Legislar es, inevitablemente definir la normalidad social; incoar o confirmar, mediante la norma, aquellas tendencias y conductas que queremos o aceptamos que se consoliden progresivamente como características de nuestra sociedad. Por esta razón, propugnar una medida legislativa, presentándola como una medida excepcional, válida sólo para casos extremos, no pasa de ser una estrategia falaz.

Toda ley extraña intencionalidades objetivas o estructurales, que acaban por aflorar en la mente de los individuos como intenciones subjetivas y conscientes. Una ley que permite la eutanasia no apunta en verdad a la posibilidad de que un enfermo decida eliminar su sufrimiento, sino la

posibilidad de que los demás, el médico, la familia, el Estado decidan eliminar al enfermo mismo por su sufrimiento.

Es esta segunda posibilidad lo que se consolida como perspectiva ante los enfermos en la mente de los sanos. Y téngase en cuenta que su efecto en los sanos lo que habría que valorar en una ley sobre la eutanasia, pues son éstos y no los eliminados con la aplicación de la ley quienes resultan ser los destinatarios de una sociedad caracterizada por la existencia de dicha ley.

La eutanasia legal suscita en la mente del ciudadano la idea de que, en ciertas circunstancias, una vida humana puede quedar sin valor ni dignidad y la posibilidad de sugerir a un enfermo, tácitamente, que ése es su caso, es decir, la posibilidad de sugerirle explícitamente que ponga fin a su vida.

Y lo decisivo es la presencia de esa idea en la mente del sano, y no la voluntad consciente del enfermo, pues, como la experiencia holandesa ya demuestra con más de mil casos conocidos, frente a la convicción del sano de estar ante un caso en el que se cumple esa idea, el consentimiento del enfermo se convierte en un trámite fácil de cumplir y de eludir.

Por el contrario, descartar el recurso a la eutanasia, nos empuja a buscar la forma no sólo de aminorar los sufrimientos de un enfermo, sino también de comprender y hacerle comprender el sentido y valor de la vida sufriente: La

forma de manifestarle convincentemente que su vida nos importa, que él no nos sobra; tal y como intentamos hacer para disuadir al que quiere suicidarse de manera violenta.

Es este impulso el que debe conducirnos hacia un progreso en nuestra capacidad de descubrir y dar sentido a la vida humana en sus más diversas y numerosas condiciones, sin discriminación alguna. Este progreso sí es un verdadero progreso humano, y es el que corresponde ser ambicionado por una sociedad que quiera ser progresivamente más humana.

3. LA EUTANASIA Y LA CULTURA DE VIDA PROCLAMADA POR EL SUMO PONTIFICE.

La Encíclica de Juan Pablo II, sin duda se presenta como una gran autoridad doctrinal: Es expresión, como toda encíclica, del magisterio ordinario del Papa; pero también de la “colegialidad episcopal “, que se manifestó primero en el consistorio extraordinario de cardenales en abril de 1991 y después en una consulta a todos los obispos de la iglesia católica, los cuales en forma unánime y convencida concuerdan sobre la enseñanza impartida aquí.

Esa es esencialmente una confirmación precisa y firme del valor de la vida humana y de su carácter inviolable y al mismo tiempo una acuciante llamada a todos y cada uno, en nombre de Dios, para que respete, defienda, ame y sirva a la vida, a toda vida humana, pues sólo siguiendo este camino será posible encontrar justicia, desarrollo,

libertad verdadera, paz y felicidad. En el reconocimiento de este derecho se fundamenta la convivencia humana y la misma comunidad política.

a) Yo doy la muerte y doy la vida (Dt32,39): El Drama de la Eutanasia:

El Evangelio de la vida estima que hoy, debido a los progresos de la medicina y en el contexto cultural con frecuencia cerrado a la trascendencia , la experiencia de la muerte se presenta con algunas características nuevas. En efecto, cuando prevalece la tendencia a apreciar la vida sólo en la medida en que da placer y bienestar, el sufrimiento aparece como una amenaza insoportable, de la que es preciso librarse a toda costa.

Además :

“El hombre, rechazando u olvidando su relación fundamental con Dios, cree ser criterio y norma de sí mismo y piensa tener el derecho de pedir incluso a la sociedad que le garantice posibilidades y modos de decidir sobre la propia vida en plena y total autonomía. Es particularmente el hombre que vive en países desarrollados quien se comporta así: Se siente también movido a ello por los continuos progresos de la medicina y por técnicas cada vez más avanzadas. Mediante sistemas y aparatos extremadamente sofisticados, la ciencia y la práctica médica son hoy capaces no sólo de resolver casos antes sin solución y de mitigar o eliminar el dolor, sino

también de sostener y prolongar la vida incluso en situaciones de extrema debilidad, de reanimar artificialmente a personas que perdieron de modo repentino sus funciones biológicas elementales, de intervenir para disponer de órganos para transplantes.”⁸⁴

El semejante contexto, añade la encíclica, es cada vez más fuerte la tentación de la eutanasia, esto es, adueñarse de la muerte procurándola de modo anticipado y poniendo así fin a la propia vida o a la de otro. Estamos aquí ante uno de los síntomas más alarmantes de la “cultura de la muerte”, que avanza sobre todo en las sociedades de bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista que presenta el creciente número de personas ancianas y debilitadas como algo demasiado gravoso e insoportable. Muy a menudo éstas se ven aisladas por la familia y la sociedad, organizadas casi exclusivamente sobre la base de criterios de eficiencia productiva, según los cuales una vida irremediamente inhábil no tiene ya valor alguno.

Para un correcto juicio moral sobre la eutanasia, es necesario ante todo definiría con claridad. Por eutanasia en sentido verdadero y propio se debe una acción u omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor.

⁸⁴ (p.e.JUAN PABLO II. 1995. El Evangelio de la Vida, EDICIONES PAULINAS, pág. 144)

De ella debe distinguirse, anota JUAN PABLO II, la decisión de renunciar al llamado “Ensañamiento Terapéutico”, o sea, ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que podrían esperar o bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia.

En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a más tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares.

Ciertamente existe obligación moral de curarse y hacer curar, pero esta obligación se debe valorar según las situaciones concretas; es decir, hay que examinar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia, expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte.

También se refiere el evangelio de la vida a los denominados por la ciencia médica “cuidados paliativos”, destinados a hacer más soportable

el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado.

En este contexto aparece, entre otros, el problema de la licitud del recurso a los diversos tipos de analgésicos y sedantes para aliviar el dolor del enfermo, cuando esto comporta el riesgo de acortarle la vida.

En efecto, sí puede ser digno de elogio quien acepta voluntariamente sufrir renunciando a tratamientos contra el dolor para conservar la plena lucidez y participar, si es creyente de manera consciente en la pasión del Señor, tal comportamiento “heroico” no debe considerarse obligatorio para todos.

Ya Pío II afirmó que es lícito suprimir el dolor por medio de narcóticos, a pesar de tener como consecuencia limitar la conciencia y abreviar la vida, si no hay otros medios y si en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales.

Efectivamente, en este caso no se quiere ni se busca la muerte, aunque por motivos razonables se corra ese riesgo. Simplemente se pretende mitigar el dolor de manera eficaz recurriendo a los analgésicos puestos a disposición por la medicina. Sin embargo, no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo: Acercándose a la muerte, los

hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales y familiares y, sobre todo, deben poderse preparar con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios.

Hechas estas distinciones, de acuerdo con el magisterio de la Iglesia católica y en comunión con los obispos de la misma iglesia, Juan Pablo II confirma que la eutanasia constituye una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana.

Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la palabra de Dios escrita; es transmitida por la tradición de la Iglesia y enseñada por el magisterio ordinario y universal.

En cuanto al suicidio considera que la tradición de la iglesia siempre lo ha rechazado, por ser un acto moralmente inaceptable, por que comporta el rechazo del amor a sí mismo y la renuncia de los deberes de justicia y de caridad para con el prójimo, para con las distintas comunidades de las que se forma parte y para la sociedad en general. En su realidad más profunda constituye un rechazo de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte.

“Compartir la intención suicida de otro y ayudarlo a realizarla mediante el llamado “suicidio asistido” significa hacerse colaborador y algunas veces autor en primera persona, de una injusticia que nunca tiene justificación, ni siquiera cuando es solicitada. No es lícito, como indica San Agustín, matar a otro, aunque éste lo pida y lo quiera, y no pueda ya vivir. La eutanasia, aunque no esté motivada por el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre, debe considerarse como una falsa piedad, más aún, como una preocupante perversión de la misma. En efecto, la verdadera compasión hace solidarios con el dolor de los demás y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar. El gesto de la eutanasia aparece aún más perverso si es realizado por quienes como los familiares, deberían asistir con paciencia y amor a su allegado, o por cuantos, como los médicos, por su profesión específica deberían cuidar al enfermo incluso en las condiciones terminales más penosas”⁸⁵

La opción de la eutanasia es más grave cuando se configura como un homicidio que otros practican en una persona que no la pidió de ningún modo y que nunca dio su consentimiento. Se llega, además, al colmo del arbitrio y de la injusticia cuando algunos, médicos y legisladores se arrogan el poder de decidir sobre quién debe vivir o morir.

Sólo Dios tiene el poder sobre el vivir y el morir; cuando el hombre usurpa este poder, dominado por una lógica de necesidad y egoísmo, lo usa

⁸⁵ (p. e. *Ibidem*, pág. 150.)

fatalmente para la injusticia y la muerte. De este modo, la vida más débil queda en manos del más fuerte; se pierde el sentido de la justicia en la sociedad y se mina en su misma raíz la confianza recíproca, fundamento de toda reclamación auténtica entre las personas.

4. EUTANASIA POR COMPASION (XAVIER SÁEZ –LLORENS):

Para las personas sensatas y civilizadas él plantea, el caso del joven tetrapléjico Vincent Humbert se ha convertido en un símbolo del derecho a morir con dignidad: después de permanecer tres años paralizado en una cama de un hospital francés, prácticamente ciego y mudo, a consecuencia de un accidente automovilístico, su madre decidió dar cumplimiento a su deseo de acabar con su dramática agonía. Justo cuando se cumplía el tercer aniversario del accidente que truncó la juventud y sueños de su hijo. Marie introdujo barbitúricos en el suero de alimentación y estuvo a punto de lograr su cometido. Lamentablemente la rápida intervención de un médico impidió esa eutanasia compasiva y redujo a Vincent a quedar postrado en coma profundo. Es posible que, tras su proeza, el heroico galeno se sintiera satisfecho de sí mismo y orgulloso de haber cumplido con lo que le enseñaron en la Facultad de Medicina. El no solo había evitado la muerte de quien explícitamente la suplicaba, sino que lo había sumergido en un estado comatoso indoloro y había enviado a la justicia a una atormentada madre que sería seguramente culpada de homicidio y condenada a cadena perpetua según las leyes vigentes.

Antes del como, a Humbert, de 23 años de edad, le habían pronosticado 20 años más de vida sin la menor perspectiva de recuperación o mejoría. Una tortura contra la cual escribió personalmente, escogiendo las letras del alfabeto con el pulgar de su mano derecha-lo único que podía mover- un desgarrador libro titulado “Os pido el derecho de morir”. Su aspiración era que un día se aprobara una ley que regulase la eutanasia activa a favor de todos los pacientes sin consuelo ni futuro posible. Además, había incluso enviado una carta a Jacques Chirac en la que pedía que le permitiera morir para poner fin a sus sufrimientos físicos y psíquicos. A pesar de tratarse de un Estado Laico, el presidente francés no concedió el aval, ejemplificando así la hipocresía y cobardía de los poderes públicos. Yo me pregunto, ¿Quién tiene derecho a obligar a alguien a soportar un dolor que se niega a padecer? ¿Quién tiene derecho a tergiversar la voluntad de otro ser humano sobre sí mismo? En Francia, la eutanasia activa es considerada homicidio mientras que la pasiva se equipara a un delito de negación de auxilio.

Paradójicamente, después de que durante meses el interesado hubiera reclamado, sin ser escuchado, su derecho a morir, los facultativos que le habían atendido desde el accidente optaron por renunciar a mantenerlo con vida de forma artificial. Lo hicieron accidente optaron por renunciar a mantenerlo con vida de forma artificial. Lo hicieron colegiadamente ante su irreversible como y fue una decisión tomada, una vez más al margen de él, cuando Humbert ya no podía expresar su propia voluntad. Su madre, en cambio, había respondido a las repetidas

peticiones de su hijo, y por ello fue detenida inicialmente y luego enviada a un hospital psiquiátrico. Yo me pregunto, ¿Quiénes necesitan en verdad tratamiento psiquiátrico? Tal vez los pusilánimes, los hipócritas, los insensibles ante el sufrimiento ajeno, los que no se atreven a promover una ley que establezca con claridad los derechos del enfermo agonizante.

Cuando estudiaba medicina, la enseñanza de mis ilustres profesores era estrictamente destinada al arte de la curación y a prevenir- sin reparos de ninguna índole- la muerte del enfermo. Ahora, afortunadamente, se imparten clases de ética médica que obligan al estudiante a reflexionar sobre el sufrimiento de enfermedades crónicas miserables y sobre la necesidad de evitar maniobras heroicas y ensañamientos terapéuticos con el único propósito de mantener los signos vitales de un paciente terminal, Ya nadie preside su propia muerte ni se despide de sus seres queridos con dignidad y paz interior. En cambio, el moribundo es sometido a múltiples procedimientos enajenasteis, sumido en la vergüenza de que personal extraño manipule su cuerpo sin ternura, violado por sondas colocadas en cada orificio natural y obligado a depender de una máquina que respire por sus lánguidos pulmones. ¿No creen ustedes aberrante que otros individuos decidan, por uno, que debemos seguir sometidos a esta humillación?

Resulta preocupante que un grupito de panameños, amparados en leyes religiosas interpretadas a su antojo y conveniencia pretenda incorporar una ley que penalice la eutanasia compasiva. Esto sería una violación al derecho individual y

una intromisión del estado en la vida privada de los ciudadanos. Lo que debemos hacer es reglamentar el procedimiento para que éste sea ejecutado, siempre y cuando el enfermo, en su juicio cabal testificado por un psiquiatra, un bioeticista y un abogado, solicite el desenlace. Todos tenemos el derecho a vivir y morir con dignidad. Esto es precisamente lo que nos distingue de los animales y plantas.

5. LA DESPENALIZACION DE LA MUERTE VOLUNTARIA. CRITERIO ATENUANTE:

Qué criterio debe adoptarse ante un homicidio perpetrado por compasión? ¿Qué postura debe tomar el juzgador ante tales hechos y frente al autor de una muerte piadosa?

Se puede asumir una norma de severidad y no aceptar atenuaciones orientadas del motivo. Entonces el homicidio consentido y ejecutado con fines eutanásicos no sería más que un homicidio vulgar. Acaso los juzgadores pudieran hacer más benignas la pena manejando inteligentemente el arsenal de las circunstancias atenuantes que los códigos les ofrecen.

Otro sistema menos duro hace del homicidio compasivo una figura de delito atenuada por el móvil. No es raro que los códigos construyan especiales infracciones, caracterizadas por el motivo, en las que la pena es menos alta. Así, el infanticidio aparece en todos los cuerpos legales como un homicidio privilegiado honoris causa.

Otras legislaciones han recibido la figura del homicidio pasional, tratado más dulcemente que el delito del homicida ordinario, y que se caracteriza por el Estado de emoción violenta que las circunstancias hicieron excusable.⁸⁶

Son varios los códigos europeos y americanos que han seguido el criterio atenuante en orden concreto al homicidio piadoso y no faltan distinguidos autores que se pronuncien en pro de la creación de una figura especial atenuada para el homicidio consentido en que quepa la muerte dada por piedad. Así piensa el profesor SEBASTIAN SOLER.⁸⁷

Estos sistemas de rigor o de ecléctica benignidad son poco interesantes. Lo que más importa esclarecer es el criterio de impunidad, que, postulado por escritores de renombre ha sido ya recibido expresamente en algunas legislaciones y las bases en que habrá de asentarse la causa justificadora o excusantes de tales hechos.

a) El Homicidio por compasión como hecho eximente:

La técnica impone para cimentar la justificación o impunidad del homicidio piadoso hallemos bases jurídicas en qué apoyarnos. Disputáanse la primacía eximente: El consentimiento del fin por parte del Estado y al Naturaleza el consentimiento del fin por parte del estado y la naturaleza del móvil que guía al autor.

⁸⁶ (p.e. CODIGO PENAL, Núm. 1, Letra a, del Art. 81. Argentina)

b) El Consentimiento:

Ya de antiguo se ha debatido el valor del consentimiento en los delitos y FELIPE GRISPIGNI ha escrito un voluminoso e interesante libro sobre el tema⁸⁸

El problema del Consentimiento es un asunto que desborda de los limitados confines del homicidio piadoso y que precisa ser encarado ante todo, como tema general atinente a toda clase de infracciones.

c) Valor del Consentimiento en los Delitos:

Violenti et Consentiente Non Fit Injuria, proclamaron los romanos. Los comentaristas han debatido largamente sobre la significación y amplitud de esta máxima, y lo primero que se precisa aclarar es el concepto de injuria. El derecho penal romano expresaba con esta palabra una serie de lesiones personales, en el sentir de MOMMSEN y HITZIG. Injuria era la lesión jurídica intencional contra la persona en su cuerpo, en su situación jurídica, en su honor.

El consentimiento de la víctima excluía, pues el delito de injuria, más el homicidio consentido tras el consentimiento del sujeto pasivo no se

⁸⁷ (p.e. SOLER, Sebastián; 1940, Derecho Penal Argentino, Ed. "EL ATENEO", t. I, pág. 328-239)

⁸⁸ (p.e. GRISPIGNI, Felipe. 1924. Il Consenso dell'offesos. ATHENAEUM, Roma.)

estimó como injuria, sino como un delito contra el Estado, contra la comunidad.

El nuevo derecho penal en formación plantea el problema del consentimiento como causa excluyente de responsabilidad. Estos brotes legislativos del consentimiento como causa eximente de penalidad han estado precedidos por la corte. El profesor FELIPE GRISPIGNI, en Italia, postuló, con las restricciones del caso, la eficacia del consentimiento.⁸⁹

Pero donde el consentimiento de la víctima ha adquirido mayor categoría, por haberse injertado en un libro de sistemática general, es en el tratado del profesor de Munich EDMUNDO MEZGER. Tanto el "Consentimiento" como el "Consentimiento Presunto" se incluyen entre las causas de justificación, bajo la rúbrica de la exclusión de lo injusto con arreglo al principio de la ausencia del interés.

Formula así el primero "El Consentimiento del ofendido no actúa jurídicamente cuando el titular del bien jurídico presta válidamente su consentimiento para la acción". Este enunciado genérico, indispensable para que el consentimiento pudiera asumir el carácter de una causa de

⁸⁹ (p.e. GRISPIGNI; F. op.cit.)

exclusión de lo injusto, como problema de la parte general, queda desvirtuado a la más somera lectura de los capítulos de MEZGER.

En efecto, terminantemente declara que “lo único seguro “ es que hoy no puede contestarse de manera terminante para “toda la esfera del derecho penal” si el consentimiento es eficaz para excluir lo injusto. Es preciso, para resolver el problema. Distinguir la naturaleza de las diferentes clases de delitos.

Y siguiendo a HONIG, dice que este asunto sólo “puede ser resultado frente al delito concreto”. La eficacia del consentimiento se acostumbra a hacer defender de sí el lesionado que consciente posee o no, en el delito de que se trata, una facultad de disposición”.

Luego EDMUNDO MEZGER, adoptando un criterio casuístico al que tiene gran simpatía, distingue estos casos:

1. En aquellos en que el consentimiento no es problema de exclusión de lo injusto, sino de tipicidad;
2. En el homicidio es “terminante la decisión”, conforme a dicho autor, el consentimiento no excluye la antijuridicidad.

3. En las lesiones corporales es eficaz cuando por el acto del agente “se imposibilita de modo considerable al lesionado el cumplimiento de sus misiones sociales”.

En otros delitos por vía de ejemplo, la solución será ésta. En las detenciones ilegales, el consentimiento afecta más al tipo que al injusto; en el adulterio no es eficaz; lo es, en cambio, en las injurias; y en los puros delitos contra el patrimonio procederá normalmente reconocer la relevancia del consentimiento.

MEZGER da, con igual fórmula total, el carácter de causa justificante al “consentimiento presunto”. No se actúa antijurídicamente – dice cuando el titular del bien jurídico atacado consiente, de modo presunto y en forma eficaz, en la acción del “sujeto activo”. Varios ejemplos aclaran su pensamiento; tomemos éste. El agente entra en la casa de su vecino, y en ausencia de éste, para reparar la cañería del agua, descompuesta. Falta aquí el consentimiento real; pero todo el mundo piensa que si el sujeto hubiera conocido la situación de hecho, lo hubiera otorgado. Por eso desaparece la antijuridicidad en caso de consentimiento presunto.⁹⁰

d) El Homicidio Consentido:

En opinión de LUIS JIMENEZ DE ASÚA:

“El homicidio solicitado por la víctima que CARRARA Y MITTERMAILER se preocuparon ya de distinguir (reconociendo las arduas dificultades para lograrlo) del auxilio procurado al suicida- no puede hallar excusa en el consentimiento. Nada más absurdo, - a juicio de éste- que tratar, en este caso- exceptuado en el derecho romano de la máxima “violenti non fit injuria”-, de dar significado justificante a la solicitud del sujeto pasivo. Lo que constituye la esencia del delito es ser un acto antisocial e importar un ataque al orden jurídico; por tanto, la pena es cosa distinta de la reparación puesto que tiene carácter social. Así pues, la voluntad privada, incluso la del ofendido, no puede tener el valor de borrar la criminalidad del acto, excluyendo toda pena.”⁹¹

e) El Consentimiento en la Eutanasia:

En definitiva: El consentimiento no legitima el homicidio-ni la ayuda a quien por sí mismo se da la muerte- y sería inútil invocarlo en el exterminio de las vidas atormentadas. El derecho a morir que FERRI invoca en los casos de homicidio consentido no es lo mismo que el derecho a matar. ⁹²

ENRIQUE MORSELLI ha escrito bellas páginas sobre el escaso valor psicológico del consentimiento ¿Podría decirse

⁹⁰ (p.e. MEZGER, Edmundo; 1933, Stragrecht. En Lebruch 2ª Ed. , Munich y Leipzig. VELAG VON DUNCKER VND HMBLOT, pags 207 y ss, y 218 y ss.)

⁹¹ (p.e. JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. 1984, Libertad de Amar y Derecho a Morir, 7ª Edición, Ed. DEPALMA, Buenos Aires, pág. 427)

siempre comienza preguntando el gran mentalista- que está en la integridad de sus facultades el enfermo que reclama la muerte' ¿No es a menudo el suicidio un motivo para dudar de la salud mental de quien se arranca la vida?

Pero, sobre todo, es preciso reconocer que es muy dudosa la consistencia jurídica del deseo o de la voluntad expresados y concebidos en momentos de dolor, cuando la mente está dominada por la emoción y la angustia, cuando por el estado autotóxico del cerebro pueden faltar del todo o estar muy disminuidas la conciencia y espontaneidad de los propios actos.⁹³ Más, aunque el consentimiento pudiese tener efectos justificantes en las acciones contrarias a la norma, aunque su valor psicológico fuera revelador de una intención clara y premeditada, sólo sería aplicable a un aspecto reducido del problema.

El ámbito dilatado de la eutanasia, no sólo abarca los casos en que el enfermo incurable y dolorido demanda la muerte, sino aquellos otros de dementes incurables e idiotas sin remedio, y de los inconscientes que recobrarán sus sentidos para encontrarse en el más miserable estado. Para estas categorías no es posible invocar el consentimiento.

⁹² (p.e. *Ibidem*, pág. 429)

“Es cierto- anota JIMÉNEZ DE ASÚA- que sería dable suplir su voluntad con las de sus padres o representantes legales, pero es por extremo difícil soslayar los riesgos de arbitrariedad a que ello daría lugar, oriundos de concupiscencias económicas o del deseo de librarse de la pesada carga que supone un infeliz demente. Por eso –añade –los más destacados y decididos partidarios de la eutanasia han propuestos la creación de comisiones oficiales, encargadas de decretar la muerte de esos seres. Con ello, el consentimiento queda ausente de valor justificante, a pesar del autorizado parecer de JOSÉ INGENIEROS y de GIUSEPPE DEL VECCHIO, que ven en él la causa más legítima de impunidad en los casos de homicidio piadoso”⁹⁴

6. EL PAPA JUAN PABLO II “ EL GRANDE”:

“Proteger la vida humana es un deber de todos, pues la cuestión de la vida y de su promoción no es prerrogativa solamente de los cristianos, sino que pertenece a toda conciencia humana que aspira a la verdad y se preocupa por la suerte de la humanidad.”⁹⁵

Karol Wojtyła, nació para servir a Dios. Nació el 18 de mayo de 1920 en Wadowice, al sur de Polonia, era el mayor de los dos hijos del matrimonio. El 16 de octubre de 1978 el Cardenal Karol Wojtyła, es elegido sucesor de San Pedro.

⁹³ (p.e. MORSELLI, En: JIMÉNEZ DE ASÚA, op.cit., pág. 429-430)

⁹⁴ (JIMÉNEZ DE ASÚA, op.cit., pág. 430)

⁹⁵ (P.E. JUAN PABLO II. Idem)

El 13 de mayo de 1981, fue abatido con tres disparos por el turco Mehmet Ali Agca, en la plaza de San Pedro. Desde ese atentado, que lo dejó de las dificultades que tuvo que sobrellevar la enfermedad de Parkinson, la cual fue la peor de las dolencias. “El Parkinson mata las neuronas de la sustancia negra” que produce la Doparían, la cual provoca tres alteraciones motoras: Temblores corporales, movimientos lentos y rigidez muscular. Otra de sus enfermedades fue la artrosis de la rodilla (enfermedad degenerativa o de desgaste de las articulaciones que afecta principalmente el cartílago articular de la rodilla).

“Cuando este cartílago se desgasta, la articulación se despule y provoca el contacto directo de un hueso con el otro, lo cual produce un intenso dolor.” En los varones esta enfermedad se presenta entre la quinta y sexta década de la vida.

Las principales manifestaciones de esta enfermedad son el dolor y la inflamación que aumenta el volumen de la articulación hasta inmovilizarla.

Al avanzar la dolencia el paciente corre el riesgo de quedar incapacitado al grado de depender de una silla de ruedas que se eleva y baja según las necesidades, a la vez usó un pequeño montacargas colocado detrás del altar mayor para subir hasta el lugar.

a) Accidentes y cirugías:

El primer accidente que se registra de Karol Wojtyła fue cuando tenía 24 años, y fue atropellado por un camión militar. Estuvo 9 horas en coma.

En sus últimas horas el estado de salud general, y cardio-respiratorio de Juan Pablo II se agravó y su presión arterial bajo.

El sumo pontífice presentó “Un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria y renal”, agravando aún más sus precarias condiciones de salud.

b) Cronología de los problemas de Salud de Juan Pablo II (1920-2005)

Fechas de Lesiones, enfermedades y hospitalizaciones del Papa:

- 13 de mayo de 1981: El Papa es herido en el abdomen y en la mano por un turco en la plaza de San Pedro. Es operado y pasa veinte días en el hospital.
- 20 de junio de 1981: Hospitalizado por infección, vinculada con heridas en una tentativa de asesinato, un mes antes es operado el 5 de agosto.
- 15 de julio de 1992: Operado de tumor en el colon.
- 29 de abril de 1994: Hospitalizado al fracturarse una pierna en el baño, y es operado de la cadera.
- 25 de diciembre de 1995: El Papa irrumpe el mensaje navideño en la plaza de San Pedro y padece un cuadro de gripe.
- 3 de marzo de 1996: El Papa padece trastorno similar.

- 15 de agosto de 1996: Trastorno intestinal que le provoca fiebre.
- 8 de octubre de 1996: Operan al Papa para sacarle el apéndice cecal inflamado.
- Febrero de 1997: El Papa cancela audiencia general debido a un cuadro gripal.
- 15 de junio de 1999: Gripe y fiebre le impiden al Papa celebrar misa en Cracovia, Polonia, durante una peregrinación.
- 24 de septiembre de 2003: Cancela audiencia semanal debido a un problema intestinal.
- 31 de enero de 2005: El Papa padece gripe leve, que lo obliga a cancelar audiencia.
- 1 de febrero de 2005: El Papa padece gripe leve, que lo obliga a cancelar audiencia.
- 24 de febrero de 2005: Presenta signos y síntomas de cuadro gripal.
- 30 de marzo de 2005: Se le coloca sonda nasogástrica para alimentación y mejorar la ingestión calórica, y ayudarle a recuperar fuerzas.
- 31 de marzo de 2005: El Papa registra fiebre alta a causa de una infección de las vías urinarias. Se le administra la extremaunción.
- 1 de abril de 2005: El Vaticano confirma la gravedad del papa Juan Pablo II, aunque aún está consciente.
- 2 de abril de 2005: El último parte médico da cuenta de que el papa sigue empeorando y se anuncia oficialmente su fallecimiento.

Sin duda el papa fue un ejemplo para las personas enfermas del mundo, ya que supo llevar sus padecimientos con dignidad. No pudo viajar a Rusia debido a las presiones de la Iglesia Ortodoxa y tampoco a China donde el régimen de Pekín ha cerrado las puertas a la Iglesia de Roma. Juan Pablo II fue un Papa sin fronteras.

c) El sufrimiento de los últimos meses:

Juan Pablo II mantuvo preocupado al mundo entero durante dos meses debido a su salud, la que cada día se hizo más frágil. El 31 de enero de 2005 se inició todo cuando el Vaticano suspendió sus actividades “Por precaución” debido a una gripe. Al día siguiente fue ingresado de urgencia en el Policlínico Gemelli de Roma, hospital católico, debido a la inflamación de la garganta que le impedía respirar. La gripe que padecía lo complicó con traqueítis. Posteriormente fue internado con graves problemas respiratorios que obligó a practicarle una traqueotomía. Dos días después aparece en la ventana de su cuarto en el hospital, para bendecir a los fieles sin pronunciar palabras.

Para finales de marzo de 2005 su salud ya se había agravado al punto que fue necesario colocarle una sonda nasogástrica para facilitarle la ingesta de alimentos. La noche del 1 de abril su presión arterial está

inestable. Esa noche se le diagnosticó insuficiencia cardíaca, todo esto al diagnosticársele infección urinaria. Juan Pablo II inició camino al cielo el día sábado 2 de abril de 2005 a las 9:37 p.m. con 84 años de edad, tras una larga enfermedad.

Karol Wojtyła: Conservador y tradicionalista, durante su papado encarnó las posiciones morales más conservadoras de la iglesia. Mantuvo una batalla constante contra la eutanasia. Afirmó que “reconocer el valor de la vida, lleva consigo aplicaciones coherentes bajo el perfil jurídico, especialmente en la tutela de los seres humanos que no están en condiciones de defenderse por sí mismas como es el caso de los enfermos graves o terminales.”

En los 26 años de su pontificado recorrió el mundo; pasó sus manos sobre la gente, besó a los niños y bendijo a los enfermos.

Todo lo anterior, permite sostener que el Papa Juan Pablo II “El Grande”, independientemente de la posición conservadora de la vida que defendiera, a toda costa, ocupó y ocupará y seguirá ocupando un lugar de preponderante importancia dentro de la problemática de la eutanasia como corriente de pensamiento, por los aportes, que desde la óptica cristiana, diera en la discusión y el análisis doctrinal de la eutanasia.

CAPITULO CUARTO

ANTECEDENTES DEL ARTICULO NO. 32

DE LA LEY NO. 68 DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2003

“QUE REGULA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS

PACIENTES EN MATERIA DE INFORMACIÓN

Y DE DECISIÓN LIBRE E INFORMADA”

“ARTÍCULO NO. 32: SE PROHIBE EXPRESAMENTE POR ESTA

LEY EL EJERCICIO DE LA EUTANASIA.”

ASAMBLEA LEGISLATIVA.**TRAMITE LEGISLATIVO 2003-2004.****ANTEPROYECTO No. 066.****PROYECTO No. 045****LEY No. 68 DEL 20 DE NOVIEMBRE DE 2003.****TITULO: QUE REGULE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS
PACIENTES, EN MATERIA DE INFORMACION Y DE DECISION LIBRE E
INFORMADA****GACETA OFICIAL NO. 24.935 DE 25 DE NOVIEMBRE DE 2003****PROPONENTE: H.L TERESITA YÁNIZ DE ARIAS****COMISION: SALUD PUBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL.**

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina en la última mitad del siglo XX han dado como resultado la cura de innumerables enfermedades y dolencias que habían asolado a la humanidad desde tiempos inmemoriales. Estos avances se han traducido en un notable incremento de las expectativas de vida, así como de la calidad de la misma para muchas personas. Pero también nos han enfrentado a problemas legales y éticos que guardan estrecha relación con los derechos humanos cuyo reconocimiento y defensa son también característicos de esta misma etapa histórica.

Si bien es cierto que cada vez más personas tienen acceso al uso de medicamentos y procedimientos que pueden curar y prolongar la vida, también es cierto que algunos de estos recursos suponen riesgos graves que deben conocer el que va a someterse a ellos. Así mismo, algunos procedimientos lejos de proporcionar una cura o mejoría resultan inútiles ante enfermedades o

accidentes que por su gravedad – y de acuerdo a la evidencia científica del momento- no pueden ni curarse ni mejorarse y que de someterse a ellos acarrearían sufrimientos innecesarios a los pacientes que se encuentren en situación terminal.

Los planteamientos legales y morales sobre estos problemas no son nuevos por eso desde los años cincuenta el debate sobre el uso de medidas extraordinarias para mantener la vida, en casos en que no existe ninguna posibilidad de recuperación, ha dado origen a posiciones filosóficas, doctrinales y jurídicas de diversos grupos y creencias que han establecido lineamientos precisos en cuanto a que constituye el respeto a la dignidad de las personas, el cual incluye el acceso a cuidados paliativos que alivien el sufrimiento, y a que cuando el paciente debidamente informado- lo solicite, no se recurra a medidas heroicas para mantener artificialmente la vida cuando todo indica que las mismas no producirán mejoría ni cura.

Esta posición no puede ni debe confundirse con la eutanasia ni con el suicidio asistido, que bajo el argumento de evitar el sufrimiento de una persona, tiene como fin anticipar la muerte de la misma mediante acciones que tienen ese único propósito. Por lo contrario, el derecho a la información y al atoma de decisiones libres para escoger o rechazar un tratamiento en casos terminales es un derecho inalienable de toda persona que quiera asumir su propia humanidad, preservando su dignidad y evitando sufrimientos innecesarios mediante la administración de los alivios necesarios, pero sin intervenir directamente en el desenlace de la enfermedad que seguirá su curso inexorable. Es este derecho el que debe de encontrar en nuestra legislación los asideros legales para prevenir abusos que atenten contra la dignidad y la vida y

garantizar a todas las personas la atención adecuada a sus circunstancias particulares.

Conjugar el derecho que todos tenemos a una información adecuada y veraz en materia de nuestra propia salud es un paso necesario para poder ejercer el derecho a la información puede ser ejercido o no de acuerdo a la decisión informada y libre de las personas y debe de tener algunas limitaciones cuando la situación del paciente, a juicio del médico que le atiende, se empeorará con este conocimiento.

Es por eso que este Anteproyecto de Ley quiere dejar claramente establecidos los lineamientos legales para garantizar la información a los pacientes acerca de su salud, de los tratamientos disponibles y los riesgos y beneficios que se derivan de los mismos, de manera que todo paciente pueda tomar una decisión libre y racional.

Desde el punto de vista legal estas decisiones deben de poder aplicarse aún en los momentos en que el o la paciente no se encuentre en uso pleno de sus facultades y por eso el documento denominado de las voluntades anticipadas establece los requisitos para que el mismo tenga validez y en consecuencia sea respetado por quienes brinden atención médica a la persona que los haya hecho.

Asimismo, el Anteproyecto que presentamos deja claramente establecido el derecho a la intimidad y la confidencialidad y señala los casos específicos donde este derecho individual tiene que compaginarse con el interés público y el bien común.

El anteproyecto también incluye la reglamentación de las hojas clínicas de todos los centros de salud y hospitales públicos y privados para garantizar que

la información sobre un paciente, su condición de salud, los diagnósticos que se le han dado así como los estudios, exámenes y procedimientos a los que ha sido sometido y los medicamentos que se le han prescrito, para garantizar una atención adecuada que evite la duplicación de exámenes y el uso inadecuado de medicamentos, que en más de una ocasión ha ocasionado graves perjuicios a los y las pacientes.

En su oportunidad la doctora Mariela Vargas (Asesora de la Comisión de Salud) sostuvo lo siguiente: Consideramos que estaba cumpliendo el cometido, quiero dejar claro que siento que aquí se está ofreciendo a los galenos un entrenamiento de actividad con más libertad y responsabilidad compartida, porque elimina los altos riesgos de demanda y yo creo que es muy claro porque en el momento de tomar una decisión, muchas veces estamos también corriéndonos un riesgo como médicos de la posibilidad de una demanda. Esta es una oportunidad. También el paciente, los familiares se involucran en la toma de una decisión tan difícil como en un feliz término de la decisión del paciente para un éxito legal con dignidad e igual que da la cabida, legalmente de protección para este ejercicio.

1. Acta No.3 de la Reunión Ordinaria de la Comisión de Salud Pública y Seguridad Social correspondiente al 15 de octubre de 2003.

La H. L. Teresita Yániz de Arias, expresó en su oportunidad: Señor Presidente, para tocar el tema del derecho de los pacientes en fase terminal, este bloque toca precisamente, los casos de personas que es irreversible, incurable y se encuentran en fase terminal de esa enfermedad o pueden estar sufriendo un accidente que los coloque en la misma situación.

En esas condiciones, el paciente o la persona que lo representa o quien tiene el poder para tomar esa decisión, asignado por él, puede en un momento determinado, solicitar que no se le someta a tratamientos que pueden prolongarle el dolor, sea por medidas extraordinarias o sea por procedimientos tan fuera de lo usual, que no van a garantizar, de ninguna manera su recuperación. En este bloque y en estos artículos, se explica claramente que es una enfermedad irreversible e incurable y también se establece la creación de unidades para el ofrecimiento de cuidados paliativos, una especialidad médica relativamente reciente, pero que aporta en las etapas finales de la vida de muchísimos pacientes, la posibilidad de que podamos enfrentar cada uno de nosotros, la muerte con dignidad y no se nos prolongue el sufrimiento de manera innecesaria.⁹⁸

En tanto que el H. L. Doctor Francisco Reyes manifestó lo que sigue: Este segundo bloque, a mi me obliga a participar por una palabra que se denomina “eutanasia”, la cual no está en este Proyecto de ley, y quiero ser honesto, Señor Presidente en decir que yo sí estoy de acuerdo con la eutanasia, porque hace poco yo hablé de los escalones que un médico tiene que seguir en el tratamiento: El preventivo primero, que es importante; y el curativo al menor costo posible.

En el curativo no importa el costo, si no puedo curar, debo mejorar; debo consolar y cuando la situación se presenta en un paciente terminal, debo de favorecer el hecho de que el paciente muera dignamente. Aquí en este proyecto no se habla nada de eutanasia. Me

⁹⁸ (p.e. Acta s/n de la Sesión Ordinaria de la Asamblea Legislativa, correspondiente al día 22 de octubre de 2003)

gustaría que el Doctor Juan Pablo Barés, Director Médico del Instituto Oncológico de este país, que es posiblemente la rama de la medicina donde va dirigido este capítulo de este proyecto de ley; el capítulo No.5 nos diera su experiencia en relación con cual es su opinión sobre la eutanasia; que piensa él, porqué sí o por qué no, para que nos ilustre a los legisladores, porqué en este proyecto de ley, no se debe incluir o sí se debe incluir la eutanasia.

El Doctor Juan Pablo Barés, Director del Centro Médico Oncológico, externó el siguiente punto de vista: El problema de los pacientes indistintamente que sea oncológico o no, cuando llega a una fase avanzada de su enfermedad, o una fase terminal, en que hay que protegerlo también consideramos que incluso dentro de los principios cristianos o religiosos, está contemplado el hecho de que al paciente enfermo tenemos que darle el derecho a que tenga una muerte digna, y esa muerte digna no implica tener que recurrir a métodos directos como la eutanasia para poder ofrecérsela . Es por tal motivo que nosotros no consideramos prudente tal motivo, que nosotros no consideramos prudente que se reconozca la eutanasia aquí como un derecho.

Yo creo, a título personal, por que me ha tocado vivir con este tipo de circunstancia en mi familia; una decisión justa y digna está en el paciente y yo creo que es lo más indicado.⁹⁹

⁹⁹ (p.e. Acta s/n de la Sesión Ordinaria de la Asamblea Legislativa, correspondiente al día 22 de octubre de 2003.)

a) El Suicidio, la Inducción o ayuda al suicidio, Homicidio y suicidio.

El suicidio es el acto mediante el cual una persona voluntariamente se cause su propia muerte. Es un concepto como puede observarse fácilmente, diferente al homicidio pues aquí la muerte se causa por una sola persona, es decir, por el propio titular del bien jurídico. Como quiera que el bien jurídico de la vida es un bien muy apreciable y los efectos que se producen a causa del proceso parecieran ser parecidos pudiera presentarse el problema de determinar la punibilidad del suicidio.

La impunidad del suicidio que siguen la mayoría de las legislaciones penales se debe, como es obvio, a razones de ineficacia en su represión. En un mundo civilizado como el nuestro es imposible la represión contra este tipo de actos, contra el suicida. GONZÁLEZ DE LA VEGA, ha anotado unas interesantes razones:

“Independientemente del criterio que se adopte, independientemente de considerarlo o no como un acto antisocial, inmoral, irreligioso, o perjudicial, en la práctica resulta ineficaz todo medio represivo contra el suicidio, porque cuando se consuma- según exacta frase de GARRAU- que quería suscribir Perogrullo-, “la causa de impunidad del suicidio es el suicidio mismo”. Quien se priva de la vida, impide con su acto supresorio cualquier medio represivo contra su persona, salvo que injusta y trascendentalmente se agraviaran a sus parientes o herederos con ultrajes al cadáver o con penas patrimoniales”¹⁰⁰

¹⁰⁰(p.c. GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco. En: GILL, HIPOLITO .199. Delitos Contra La Vida y la Integridad Personal, Panamá)

Lo que sí constituye un acto reprimido por la ley penal es la inducción o ayuda al suicidio. Es decir, la participación de otro y otros en el suicidio de una persona. En general, las legislaciones han adoptado dos modalidades de intervención en el suicidio del sujeto pasivo.

Es el supuesto del artículo 134 de nuestro Código Penal que literalmente establece:

Artículo 134.- “El que induzca a otro a suicidarse o lo ayude con ese fin, incurrirá, cuando el suicidio se cumpla, en prisión de uno a cinco años.”

El tipo penal del artículo 134 es idéntico al contemplado en el artículo 317 del derogado Código Penal de 1922. El único cambio observable es el de la pena, pues el intervalo penal era también similar. En aquel código se preveía la pena de reclusión de dos a seis años.

Lo primero que debemos anotar en relación con el tipo penal de inducción o ayuda al suicidio es lo relativo al bien jurídico tutelado. En esta parte prevalece la opinión-sin discusión – de que se protege la vida humana independiente. Según CAIROLI: “Respecto al bien jurídico tutelado puede repetirse lo dicho al tratar el delito de homicidio, pues en este tipo también consiste en el interés de conservarla propia vida y además en el interés del Estado de conservar la vida de sus ciudadanos.”¹⁰¹

¹⁰¹ (p.eCAIROLI MARTÍNEZ, Milton., op.cit., pág. 30)

Existe en segundo término otro aspecto que debemos abordar, que consiste en determinar la naturaleza jurídica del tipo penal de inducción o ayuda al suicidio. Hemos adelantado que en esta figura penal se trata de la “participación” o intervención de una persona en el suicidio de otra y otras personas.

La pregunta sería: Se trata en realidad de una modalidad de participación en sentido estricto en el cual debemos aplicar las normas generales de participación o se trata de un tipo penal autónomo de aquellas disposiciones de la participación criminal en sentido estricto.

En nuestro medio se ha difundido la tesis de que se trata de una forma de participación elevada a la categoría de utopía en virtud de una ficción legal, por lo que constituiría un tipo penal autónomo como cualquier otro que contiene las figuras delictivas del Código Penal ¹⁰².

Fíjese que el legislador alude a incitación y a ayuda, es decir, a las dos formas o modalidades de la participación criminal en sentido estricto, lo cual al parecer, complicaría la naturaleza autónoma de este tipo penal. Creemos sin embargo, que ello no presenta mayor dificultad, pues ambas modalidades son las formas naturales de descripción a las cuales tenía que recurrir el legislador. El punto que habría que determinar más interesante es si dada por admitida la teoría del inductor y del auxiliador es posible que estos “autores” reciban colaboración en su empresa criminal de los instigadores o de los cómplices.

¹⁰²(p.e. GUERRA DE VILLALAZ, Aura E., 1984. Lecciones de Derecho Penal, s/c, Panamá, pág. (34) (55)

La primera modalidad delictiva del artículo 134 consiste en inducir a otro a suicidarse. Inducir implica hacer nacer la idea del suicidio en el suicida. El inductor por medios persuasivos de diversa naturaleza convence a la “víctima” de las bondades que lleva consigo el suicidio.

Es un trabajo “intelectual” o “moral” en el sentido de que el inductor no realiza por sí mismo ningún acto que implique la realización del suicidio, esto es, no causa él directamente el suicidio de la víctima.

La segunda modalidad consiste en ayudar al suicidio con el fin de que se produzca la muerte del suicida. La ayuda o el suicidio-como también puede denominarse- implica prestar ayuda material para que el suicida se cause la muerte. Ello es importante tenerlo claro por cuanto que pudieran confundirse con actos de auxilio que implican causar la muerte y por tanto verdaderos homicidios.

Como lo ha explicado en el Derecho Penal Uruguayo el profesor CAIROLI, señala:

“Es importante separar los actos de auxilio de lo que realmente supone una coparticipación en un delito de homicidio. Como regla general, nunca pueden consistir en actos directos ejercidos sobre el cuerpo del suicida, como si alguien que quiere morir desangrándose le pide a otro que le corte las venas y éste lo hace. Por que esa conducta implica un homicidio aunque luego, se determine que es piadoso y queda amparado en los cánones del artículo 37 del Código Penal. La ayuda debe ser prestada materialmente sin cumplir un

acto agresivo para la vida o cooperar en la ejecución de ese acto. Entiendo que las formas de ayuda pueden ser: Entregarle una pistola o revólver o cualquier otra arma letal cuando el eventual suicida la pide, quedarse cuidando para que nadie interrumpa el acto de suicidio, proporcionar un local cerrado donde el suicida pueda practicar el acto etc. Como se advierte, no son actos de coparticipación de homicidio por que éste no existe, y no se da ningún tipo de delincuencia en concurso porque el suicidio en sí no es delito. Si en lugar de ayuda hay alguna participación, como en el caso del doble suicidio, en que uno da muerte al otro y después intenta suicidarse y no lo logra, el sobreviviente deberá responder por homicidio”¹⁰³

La regla general es que el delito de inducción o ayuda al suicidio sólo puede cometerse mediante actos positivos ejecutados por el sujeto activo, por lo que quedarán en descubierto las formas simples de omisión pero no siempre aplicables la omisión impropia, esto es; en el caso de que el infractor tenga una posición de garante frente a la víctima del suicidio.

Pero en relación con la omisión simple del supuesto auxiliador la situación está más o menos clara, como lo ha explicado GONZÁLEZ DE LA VEGA:

¹⁰³ (p.e. CAIROLI MARTÍNEZ, Milton. op.cit., pág. 32)

“La simple pasividad ante un intento de suicidio no puede tomarse como forma de auxilio, porque según PACHECO, prestar auxilio es algo más que ese silencio, que esa omisión, esto es, abstenerse; eso es no hacer nada y quien nada hace, quien se abstiene, no presta auxilio a ningún intento. Moralmente no obrará bien; legalmente no podrá castigársele.”¹⁰⁴

Como se observa claramente de lo dispuesto en el artículo 134-lo que es predicable de otras legislaciones penales-es que para que se configure el delito es menester que se produzca el suicidio.

Este requerimiento legal ha dado lugar a una interesante polémica sobre la naturaleza de este condicionamiento. La polémica se centra en determinar si se trata de un condicionamiento del precepto vinculado al delito o se trata de una condición objetiva de punibilidad.

La doctrina mayoritaria parece inclinarse por la afirmación de que estamos ante una condición objetiva de punibilidad. Es decir, estamos a la existencia del hecho punible, pero razones radicadas en la punibilidad impiden que si el suicidio no se produce puede asociarse una pena.

El legislador ha supeditado la punibilidad de sus autores cuando han alcanzado el fin que perseguía el suicida.

¹⁰⁴ (p.e. GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco; En: GILL, H., op.cit. pág 33)

1. POSICION DE LA CORTE EUROPEA PARA LOS DERECHOS HUMANOS.

La problemática de la disponibilidad de la propia vida a partir de la intervención de terceros abarca una gran pluralidad de situaciones. Ello aconseja, con carácter previo, la exposición y fundamentación de las diversas propuestas de reforma legal, un adecuado deslinde de cada una de esas situaciones, exponiendo a continuación cual deba ser, en cada caso su tratamiento jurídico- penal.

En su identificación se han eludido, intencionalmente, el uso de expresiones terminológicas habituales en la literatura especializada, tales como “eutanasia pasiva”, “eutanasia indirecta”, “eutanasia activa”, “ortanasia”, “distanasia”, etc., ya que no siempre hay acuerdo sobre lo que cada una significa. Y que además determinadas denominaciones utilizan adjetivos que pueden resultar equívocos, en estrictos términos jurídicos.

Se ha preferido realizar un conjunto de descripción de situaciones, lo más precisas y breves posibles. Además y para facilitar aún más su comprensión se definen cada una de las expresiones empleadas en tales descripciones.

Por “muerte” se entenderá la muerte única cerebral, que se produce cuando concurren todos los requisitos establecidos para la previa comprobación de la muerte.

Por “vida vegetativa” se quiere aludir a aquellas situaciones en que la persona, según los actuales conocimientos médicos, ha perdido de modo irreversible la conciencia, y con ella la capacidad de percepción y comunicación con el entorno. Se piensa fundamentalmente en personas que padecen un síndrome afálico, como en casos de coma profundo e irreversible.

Por “enfermo terminal” se entiende aquella persona que, con consecuencia de una lesión o enfermedad, padece, según los actuales conocimientos médicos, una afección incurable y que le ha hecho entrar de forma irreversible en el proceso que la conducirá inevitablemente en plazo breve a la muerte.

Por situación de certeza o riesgo considerable de muerte próxima” se entiende aquella situación en que se encuentra una persona que, como consecuencia de una lesión o enfermedad, padece, según los actuales conocimientos médicos, una atención curable y, bien merece el calificativo de enfermedad terminal, bien de enfermo de muerte en cuanto que su afección le conducirá con seguridad o gran probabilidad a la muerte en un plazo de tiempo no lejano y relativamente determinado.

Por “lesión, enfermedad o minusvalía incurables y permanentes” se entienden aquellas respecto a las cuales, según los actuales conocimientos médicos, no existan posibilidades fundadas de curación y hay seguridad o gran probabilidad de que van a persistir durante el resto de la existencia de esa persona.

Por “graves sufrimientos padecidos” deben entenderse no sólo dolores sino cualesquiera situaciones de carencia de bienestar físico o psíquico, que

siendo consideradas socialmente de importancia, resultan subjetivamente insoportables para el afectado.

Por “eliminación o mitigación” de graves sufrimientos debe entenderse la supresión o atenuación del estado de carencia de bienestar físico o psíquico antes aludido por medio de aplicación de un tratamiento orientado de modo directo a liberar o aliviar de tales sufrimientos. Incluye la producción de una disminución o pérdida de conciencia irreversible.

Por “con repercusión en un acortamiento de la vida”, se alude a un efecto posible, probable o incluso seguro que se deriva colateralmente de la aplicación de un tratamiento orientado de modo directo a liberar o aliviar de graves sufrimientos, no evitables o notoriamente atenuables de otro modo, y siempre que no consista este en la provocación inmediata de la muerte, de una situación de enfermedad terminal o de una pérdida de conciencia irreversible.

Por “eliminación de grave sufrimientos”. “Por medio de provocación de muerte inmediata” se alude a la producción de modo inmediato de la muerte, de una situación de enfermedad terminal o de una pérdida de conciencia irreversible por medio de la aplicación de medidas orientadas de modo directo a liberar a esa persona de graves sufrimientos, no evitables o notoriamente atenuables de otro modo.

Por “incapacitación de manera generalizada para valerse por sí mismo” se entiende la imposibilidad física en que se encuentra la persona afectada para causarse a sí misma la muerte.

Por “solicitud seria” en este contexto se entiende aquella que ha sido formulada por el sujeto, bien en condiciones existenciales desfavorables que son consideradas socialmente de importancia y que le resultan subjetivamente inaceptables, bien padeciendo graves sufrimientos, y que además se presta, a juzgar por su producción durante un período de tiempo suficientemente significativo en el caso concreto, de modo que elimina cualquier duda razonable sobre el carácter definitivo de su decisión.

CAPITULO QUINTO

LA EUTANASIA EN EL ÁMBITO DEL DERECHO COMPARADO

1. LA EUTANASIA EN ALEMANIA

Existe en Alemania un precepto de su Código Penal que configura como tipo atenuado el homicidio a “solicitud expresa y seria” de la víctima. A su amparo pueden ser contemplados con benignidad los homicidios piadosos, pero no se habla taxativamente en este artículo de móviles eutanásicos.

En Alemania se presentó la cuestión oficialmente el año 1903, con una propuesta de ley al parlamento de Sajonia, que la repudió. Luego se presentaron otros dos proyectos de ley.

El primero es del año 1909, y fue propuesto a nombre de la “Asociación Monista Alemana” (DEUTCHES MONISTEN BUND), tendiendo a obtener la legalización de la Eutanasia (Actas del Reichstag, sesión de 2 de abril de 1909). El proyecto que toda persona atacada de enfermedad incurable tiene derecho a la eutanasia, para lo cual debe dirigir la correspondiente petición al tribunal competente, que decidirá sobre la procedencia de dicho derecho.

Para resolver la cuestión el tribunal debe informar a un comité médico que examinará al enfermo, examen que será evacuado dentro de los ocho días siguientes a la presentación de la solicitud. El acta consignará sí, según los expertos, la muerte es más probable que el retorno a la salud, o, por lo menos, a un estado que permita la aptitud para el trabajo, y sí los dolores actuales son humanamente soportables.

Establecida por la Comisión la extrema posibilidad de una solución mortal, el tribunal concederá al enfermo a la eutanasia; en caso contrario la petición será desechada. Dispone además el proyecto que cuando un enfermo hubiere sido muerto por un particular cualquiera, éste no podrá ser castigado si el derecho a la eutanasia hubiera sido previamente concedido al requirente y si la autopsia comprobara su efectiva condición de incurable.

El proyecto pasó a comisión, que nunca se pronunció sobre él.

Tres años más tarde, en 1912, un segundo proyecto se presentó (Actas del Reichstag, Sesión de 10 de agosto de 1912), por un médico que estaba desahuciado por sus colegas; esta iniciativa corrió la misma suerte que la anterior.

El proyecto se componía de ocho artículos:

1. Toda persona afectada por una enfermedad incurable y dolorosa tiene derecho a la eutanasia.
2. Este derecho se concederá por un tribunal previa solicitud del enfermo.
3. A raíz de esta demanda, el tribunal dispondrá el examen del enfermo por un médico forense asociado de entre los especialistas solicitados por el paciente, en el plazo de 24 horas siguientes a la presentación de la demanda.
4. El acta de reconocimiento deberá expresar el convencimiento de la comisión en el sentido de que la muerte es más probable que el retorno a la plena capacidad para el trabajo.

5. En este caso el tribunal reconocerá el paciente el derecho a hacerse matar.
6. Cuando un enfermo ha muerto sin dolor por su propia voluntad manifestada de un modo formal y categórico, el autor de la muerte quedará impune.
7. El que matare a un incurable sin su consentimiento formal y por móviles piadosos, será castigado con la pena de reclusión.
8. Todo lo precedente puede aplicarse a los valetudinarios.

Como podrá apreciarse por su simple lectura, este proyecto es sensiblemente análogo al anterior.¹⁰⁵

En 1920, Carlos Binding y Alfredo Hoche escribieron un folleto titulado La Autorización para exterminar a los seres humanos desprovistos de valor vital, en que el asunto se plantea y resuelve en tono decisivamente afirmativo.

Este opúsculo levantó innumerables debates en Alemania y fuera de ella; pero los legisladores no se atrevieron a hacer esas ideas, ni los médicos las practicaron más que en la forma ordinaria de cura.

En 1933, el Ministro de Justicia de Prusia compuso un DENKCHRIFT en que se contenía un esquema de un código penal nacional socialista, que jamás adquirió vigor legislativo.

¹⁰⁵ (p.c. ALBAGLY KURCHAN, Raúl. 1941. Eutanasia o Derecho a Morir, Memoria Universitaria. IMPRENTA UNIVERSITARIA. Santiago de Chile, pág. 83-84)

En la materia que nos ocupa decía el importante documento oficial que debería autorizarse la eutanasia para poner fin la tortura de los enfermos incurables siempre que fuese aplicada a petición del doliente o de su familia. La incurabilidad se declararía no sólo por el médico de cabecera, sino por otros médicos oficiales que estudiarían cuidadosamente la historia del caso examinando personalmente al enfermo. El Ministro añade que así se ofrecen garantías de que ninguna vida, que pudiera ser valiosa aún para el Estado, se destruiría inútilmente.

Estas ideas fueron gestándose hasta fructificar en el Tercer Reich; primero en el pensamiento oficial; luego en la práctica oficializada. El caso del campesino Weber mereció éste comentario del famoso periódico nazi "Das Schwarse Korps:

“ La sentencia de Weimar es una simple transacción que reflejará su mayor bien cuando Weber sea perdonado; él fue el único que se atrevió con dolor, a hacer lo que nadie hizo por él.”

“Perdonar al que mata a un demente para evitarle la reclusión en un asilo de insanos, resolución que no sólo constituye una pesada carga financiera para el Estado, sino un gran sufrimiento espiritual para la familia del enajenado, es hoy solo una fórmula de transacción; pero las futuras generaciones que eliminarán de la ley de la vida toda falsa conmiseración y esa manía compasiva liberal encontrarán otra solución”.

Es en los días de la guerra- según informaciones de la prensa y de la radiodifusión-cuando parece que se ejecuta la eutanasia eliminadora y económica de

modo más abierto. Se trató de preparar el clima adecuado con una famosa película titulada “Yo acuso”, en que deja al espectador extraer las consecuencias de hechos presentados hábilmente a favor de la eliminación de los imbéciles, inútiles y enfermos doloridos. Esta cinta ha sido además exhibida en Venecia, durante mes de septiembre de 1941, en la exposición anual internacional de films. En torno de ella, la polémica ha sido acalorada fuera del Reich y en la propia Alemania.

El obispo católico de Munich-según lo dicho por un periódico suizo- ha condenado públicamente esas ejecuciones de eutanasia eliminadora y económica, y lo mismo ha hecho “L’ Osservatore Romano”- a tenor de lo circulado por telegramas de la “Associated Press” de noviembre de 1941.

En este órgano vaticanista se dice que para justificar la tendencia existente en algunos países europeos de “organizar matanzas misericordiosas” o de acortar la vida de los ancianos, se echa mano de “falsos sentimientos de piedad o de humanitarismo”.

Este periódico califica a la película alemana exhibida en Venecia durante el mes de septiembre “una verdadera invitación al homicidio” y afirma que constituye “uno de los más lastimosos y reprobables films que hayan llegado jamás a la pantalla”

En el mismo artículo se señala la actitud del señor Massimo Bontempelli, escritor italiano y miembro de la Academia italiana, quien publicó recientemente un comentario entusiasta sobre la mencionada película alemana, explicando la teoría de la eutanasia, doctrina según la cual se quita la vida a las personas ancianas, a las afectadas de insania incurable o de enfermedades.

El film “Yo acuso” proyectóse en Suiza, a pesar de haberse prohibido primero por la censura militar. En una sala de Zurich colmada de apasionado público en 1943, desarrolló, ante la blanca pantalla, el médico que había dado muerte a su mujer, enferma de “esclerosis múltiple”, su alegato de defensa en pro de la muerte piadosa.

La policía prohibió la exhibición de la película; recurrió la empresa ante el Tribunal de Zurich; los jueces confirmaron el fallo y el insulto fue a recurso ante el Tribunal Supremo Federal, que lo desestimó en su sentencia de 6 de julio de 1943. En ella se concluye que no procede facilitar la propaganda que alimente en el público la apetencia para demandar la muerte.

En los últimos meses de la guerra y sobre todo al término de la universal contienda, las planas de los diarios, en artículos firmados por sus corresponsales o en noticias de las agencias, se han llenado de relatos sensacionales sobre las prácticas eliminatorias alemanas, empleadas con los alienados y con los niños deficientes mentalmente o anatómicamente deformes.

Se ha señalado sobretodo, como centro de estas actividades, al campo de Kaufbeuren (Baviera), calificado de “centro de exterminio”. La pésima literatura y la abominable traducción de estos sujetos y reportajes, quitan al dramático asunto buena parte de su seriedad. El lector habituado a sufrirla propaganda de guerra ingenua ratos y a menudo petulante, en todas las salas de espectáculos de la localidad que habita, ve acaso injustamente, en esas narraciones, buena parte de la ficción, ansiosa de prosélitos, más que exacto resumen de hechos verídicos.

2. LA EUTANASIA EN ESPAÑA

La eutanasia en España plantea igualmente una enorme complejidad, pues al no existir una ley que regule expresamente la materia estudiada, la solución a los problemas fácticos debe sustentarse interpretando la Constitución y los artículos del Código penal que sancionan algunas conductas vinculadas estrechamente con esta problemática.

a) La Eutanasia Pasiva, Fundamento Constitucional

En términos generales la doctrina admite la eutanasia pasiva, o sea la situación del paciente incurable y próximo a la muerte que rechaza un tratamiento que sólo va a conseguir prolongar la vida por cierto tiempo, de forma más o menos artificial, sin que existan perspectivas de curación. Aquí el paciente desea morir con dignidad y en paz, y el médico simplemente le ayuda al tránsito definitivo, dejando que la naturaleza siga su curso.

Este procedimiento se denomina ortotanasia, y se aplica con cierta frecuencia en los hospitales, pero sobre todo, en las unidades de cuidados intensivos.

“Cuando la supresión de las medidas es por iniciativa médica, no deberá llevarse a cabo la misma, si el paciente ha podido manifestar su voluntad favorable a continuar el tratamiento. “En caso contrario, es decir, si no se puede contar con el parecer del paciente; antes de tomar la decisión habrá

que tener en cuenta sus circunstancias personales y familiares, necesidades del hospital etc.”¹⁰⁶

Pero a pesar de que las ideas apuntadas parecen muy claras, al estar sustentadas en hipótesis ; hay que dejar sentado que la realidad se presenta con una complejidad muy superior, que dificulta la valoración de la oportunidad de la decisión a tomar. Afirmaciones como “incurables”, proximidad de la muerte”, “perspectivas de curación”, “prolongación de la vida”, etc., son posiciones muy relativas y de una referencia en muchos casos poco fiables. De ahí la prudencia y cuidados que habrá que tener a la hora de enfrentarse con el caso concreto.

Lo importante es, no obstante, determinar los argumentos que pueden utilizarse para admitir sin duda el derecho a la eutanasia pasiva en el ordenamiento jurídico español.

Para tal efecto, el punto de partida que ha de tenerse en cuenta es que la ortotanasia se sustenta en el Derecho de las personas de rechazar los tratamientos médicos, la cual puede ser una manifestación de su derecho a la integridad personal, intimidad, o autodeterminación.

Sin embargo, es preciso anotar que la jurisprudencia española no ha reconocido siempre el Derecho a rechazar los tratamientos médicos, y en tal sentido merece la pena aludir a dos importantes decisiones:

¹⁰⁶ (p.e. ROMEO CASABONA, Carlos María; *El Médico y el Derecho Penal*, MINISTERIO DE SALUD, Madrid, pág. 18)

- a) Mediante el auto 369 de 1984, el Tribunal Constitucional inadmitió una demanda en un caso de intervención médica forzada contra una Testigo de Jehová gravemente enferma, que se oponía a que se le practicara una transfusión de sangre, pues su religión proscribía las transfusiones sanguíneas.

Se observa en este caso una tensión entre la libertad religiosa y el derecho a la vida y a la salud. Los jueces resolvieron que los derechos no son absolutos, y que en este caso concreto la salud actúa como límite del derecho a la libertad religiosa.

- b) Por su parte, el Tribunal Supremo confirmó también una decisión jurisdiccional en un caso similar al que se ha planteado en precedencia.

Josefa B. M. era miembro de la asociación de los Testigos de Jehová y entre sus convicciones religiosas profesaba, la de abstenerse de la sangre, incluyendo en tal abstención la recepción de sangre por vía de transfusión por razones fundamentalmente bíblicas y de conciencia, pero también apoyada por sólidas razones médico científicas, morales y jurídicas.

Josefa fue sometida a una intervención quirúrgica, y tanto ella como su marido firmaron una declaración exoneradora de

responsabilidad a favor de los médicos, por las consecuencias negativas que por la falta de transfusión sanguínea pudieran derivar.

En el curso del post-operatorio la paciente requirió una transfusión sanguínea, pues su vida corría peligro si esta no se llevaba a efecto. Los médicos tras una autorización de guardia, procedieron a introducir sangre en el cuerpo de la moribunda.

La querellante denuncia estos hechos por considerar que constituían un delito a la libertad religiosa (art. 205 del C.P:), Pero como el Tribunal Supremo admitió tal querrela indicando que tanto la conducta del Juez como la del médico, estaban amparadas por la eximente del estado de necesidad de terceros, y agrega que la hipotética inhibición de ellos hubiera podido generarles una responsabilidad criminal por auxilio omisivo al suicidio, incumplimiento del deber de garante u omisión del deber de socorro.

La lesión de la libertad ajena que implicaba el mandamiento judicial ordenando la transfusión de sangre, queda justificada, según el Tribunal Supremo, por concurrir todos los requisitos del Estado de necesidad ajeno o auxilio necesario.

“Al autorizar el Juez-dice el Tribunal Supremo-la transfusión sanguínea en paciente adscrita a la secta conocida como Testigos de Jehová”, lesionó un bien jurídico de dicha persona, su

derecho de libertad religiosa, pero con ello causó un mal menor, que el que se trataba de evitar, como era la más que posible muerte de la querellante, concurriendo finalmente el elemento subjetivo de la exención, el llamado *animus conservationis* que el texto expresa ya en un arranque cuando había de impulsarlo por un estado de necesidad, animo de conservar la vida de la enferma, que fue el verdadero motivo que llevó al Juez a su decisión”¹⁰⁷

b) Caso Grapo

El Tribunal Constitucional parece apartarse de estos precedentes en el Caso Grapo, el cual brindó la oportunidad para determinar que la alimentación forzada a unos reclusos en huelga de hambre, una vez que la vida de estos corre peligro, no lesiona ningún derecho fundamental.

Indica textualmente el Tribunal que por encontrarse los reclusos en una situación de sujeción especial, que impone a la administración penitenciaria la obligación de proteger la vida y la salud de los detenidos, resulta factible imponer limitaciones a los derechos fundamentales de los que se colocan en peligro de muerte a consecuencia de una huelga de hambre reivindicativa, que podrían resultar contrarias a esos derechos si se tratara de ciudadanos libres o incluso internos que se encuentren en situaciones distintas.

¹⁰⁷ (p.e. BAJO FERNÁNDEZ, Miguel. marzo-agosto 1979. La Intervención Médica contra la Voluntad

Fundamento en esta premisa concluye que no se ha quebrantado el derecho a la integridad física o moral de los detenidos, mediante el cual se protege la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezcan del consentimiento del titular.

Por ello- dice el tribunal- este derecho constitucional resultará afectado cuando se imponga asistencia médica en contra de su voluntad y por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá, en principio una limitación a este derecho fundamental, pero no en el presente caso, porque la asistencia médica obligatoria era un medio imprescindible y necesario para evitar la pérdida del bien de la vida de los internos que el Estado tiene obligación legal de proteger, acudiendo en último término, a dicho medio coactivo, al menos si se tratara de personas declaradas en huelga de hambre reivindicativa.

Esta línea argumental parece sugerir que el Tribunal considera admisible constitucionalmente la alimentación forzada de las personas sometidas a una relación especial de sujeción, y que a contrario sensu, debería declararse vulnerado el derecho a la integridad física de los sujetos que quedan coaccionados a recibir tal tratamiento, sin encontrarse vinculados al estado por una relación especial de sujeción.

Luego de aceptarse sin reparos este argumento, por analogía se podría concluir que si los huelguistas no estén sometidos a una situación especial de sujeción no se les puede alimentar forzosamente, ni someter a ningún tratamiento médico contra su voluntad, con mayor razón debe postularse una teoría según la cual a los enfermos terminales les asiste igual derecho, lo que implica, de por sí, la posibilidad de rechazar un respirador artificial o cualquier otro medio extraordinario utilizado para mantener una vida vegetativa.

Este es sin duda el argumento que FRANCISCO FARFÁN MOLINA estima más viable desde el punto de vista constitucional para recabar de los jueces el derecho a la eutanasia pasiva, teniendo en cuenta además, que el derecho a la integridad física se encuentra entre los susceptibles de ser protegidos por vía de amparo.¹⁰⁸

Por otra parte se debe aclarar que una interpretación liberal para definir el alcance y sentido del artículo 409 del Código Penal Español, podría eventualmente conducir a la conclusión de que la eutanasia pasiva, vale decir, dejar morir al enfermo terminal con su consentimiento expreso, se castiga penalmente con fundamento en esta disposición normativa.

En efecto dicha norma sanciona con pena de prisión mayor al “que prestare auxilio induzca a otro para que se suicide”, y con reclusión menor, “al que lo prestare hasta el punto de ejecutar el

¹⁰⁸ (pc. FARFAN MOLINA, Francisco; 1996. Eutanasia Derechos Humanos y Ley Penal, EDICIONES JURIDICAS GUSTAVO IBÁÑEZ C., LTDA. Santa Fé de Bogotá, Colombia, pág. 59)

mismo la muerte". Esta última conducta, que es la pertinente para el caso que nos ocupa, está configurada para ser ejecutada mediante comportamiento positivo; pero cuando el médico no continúa el tratamiento por petición del enfermo, no está ejecutando conducta pasiva sino una omisión que permite a la enfermedad seguir su cauce natural.

A lo anterior se repara que, al tener el médico o los familiares del enfermo una posición de garante, deben evitar la muerte del sujeto, pues de no hacerlo, tal conducta se equipara al homicidio ocasionado por acción.

Sin embargo-sostiene FARFÁN MOLINA-tal argumento es igualmente deleznable, pues él deber de garantizar que la muerte del paciente no se produce, el cual tiene su origen en la relación contractual o en la propia ley, desaparece cuando la persona que se encuentra en peligro se opone en forma constante, reiterada y seria a la mediación salvadora, o cuando llevar a efecto una acción en beneficio de la vida del enfermo, puede lesionar su integridad física por que este opone resistencia ante la persona que pretende salvarle la vida. por otro lado-continúa- y este argumento posee mayor valor, la propia ley establece una excepción a la posición de garante, pues la ley general de sanidad consagra como un derecho del enfermo, la posibilidad de rechazar el tratamiento médico, lo que evidentemente relevaría al médico de responsabilidad jurídica¹⁰⁹

¹⁰⁹ (p.c. Idem)

En síntesis, se impone indicar a manera de conclusión, que la eutanasia pasiva se justifica en España en razón de que la intervención médica contra la voluntad del paciente lesiona su derecho a la integridad personal, y por que además, la conducta de quien respeta la voluntad del moribundo de no prolongarle forzosamente su vida no está prevista como delito en la legislación penal.

3. LA PROTECCION INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales es un tratado internacional multilateral abierto a la aceptación de los Estados Miembros del Consejo de Europa (art. 66 del Convenio) e instituido con la única finalidad de establecer un sistema eficaz para la protección internacional de los Derechos Humanos.

Los Estados partes del convenio se obligan, pues, internacionalmente a reconocer “ a toda persona dependiente de su jurisdicción los derechos libertades definidos en título I del Convenio” (art. 1), y para la efectividad de ese compromiso instituyen unos órganos internacionales y establecen unos procedimientos para resolver las cuestiones que planteé su aplicación.

El sistema instituido pretende ser además exclusivo y excluyente, ya que los Estados partes se obligan (art. 62) a renunciar – “salvo compromiso especial”-a prevalecer en los tratados, convenios o declaraciones que existan entre ellos en la

solución de las diferencias surgidas en la interpretación o de la aplicación del convenio.

La internacionalización de la protección de los derechos humanos es un hecho histórico reciente que suele situarse generalmente en las postrimerías de la II Guerra Mundial, como efecto de las masivas violaciones de derechos y libertades fundamentales realizadas por el nazismo antes y durante la guerra. Resultó entonces manifiesta a la vez la estrecha relación entre el Estado Democrático de Derecho y el respeto de los derechos del individuo, entre el reconocimiento y protección de esos derechos y a la estabilidad interna de un país y que la situación de los derechos humanos no era exclusivamente un problema interno-como desde el siglo XIX se venía creyendo-, sino que afectaba directamente a las relaciones internacionales y, a la postre, a la paz mundial.

4. LA EUTANASIA A NIVEL MUNDIAL

La mayor parte del mundo no está todavía consciente del peligro que representa la Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir, una red internacional para promover la eutanasia, la cual llevó a cabo la séptima conferencia bianual, en San Francisco promover la eutanasia, la cual llevó a cabo la séptima conferencia bianual, en San Francisco en 1988, y cuya conferencia de 1990 tuvo lugar en Holanda. Alrededor de 29 organizaciones miembros de esta red están dedicadas a crear un clima de opinión favorable a legalización de la eutanasia y a llevarla a cabo en cualquier forma que pueda hacerla aceptable en sus respectivos países. El momento y las formas de encarar el tema varían, pero una vez que la

eutanasia sea legalizada en cualquier parte, su aplicación puede extenderse a medida que se presenten las oportunidades.

- Estados Unidos:

En 1988 la Sociedad para el Derecho a Morir (S. D. M.), originalmente llamada la sociedad de la Eutanasia de los EE.UU. , celebró el aniversario número 50 de su fundación. Entre sus primeros miembros estuvieron Margaret Sanger, quien había ya creado la Fundación Pro- abortista, paternidad Planificada, y el pastor episcopal Joseph Fletcher, quién ayudó a popularizar la “Ética de Situación” en los Estados Unidos, quien todavía es un vocero declarado tanto de la eutanasia como del aborto.

La recientemente formada sociedad tenía por objeto la legalización de la muerte “por piedad” para aquellos que sufrieran dolor intolerable y quisieran morir, y en enero de 1938 introdujo un proyecto de ley en la legislatura del Estado de Nueva York. Aunque desde entonces ha cambiado tanto su nombre como sus tácticas, sus objetivos siguen siendo los mismos. Probablemente ella inspiró un cierto número de proyectos de la ley para “muerte por piedad” que aparecieron en las legislaturas de cuatro pequeños estados entre 1999 y 1977. Ellas se asemejaban unas a las otras y a un proyecto de ley británica de 1967, aunque un proyecto de ley en Montana fracasó por un solo voto.

Durante muchos años la sociedad fue pequeña y relativamente inactiva, pero al surgir el “Testamento en Vida” (“Living Will”) en 1967, abrió con cierto una nueva fase en su carrera. El año también vio la fundación de una sociedad afiliada.

libre de impuestos, hoy llamada “Preocupación por los moribundos” (Concern for the Dying- CFD), que se describe así misma como “el consejo educativo para el testamento en vida”. Con un enfoque muy sofisticado, trabaja para influenciar la opinión en las profesiones, en las comunicaciones y público en general.

El “Testamento en vida” es un documento legal, en el cual un adulto competente ordena que en cualquier tratamiento que le prolongue la vida no le sea aplicado a él en ciertas circunstancias. En 1976, California aprobó la primera ley del “Testamento en Vida” en el país, la cual la SDM inmediatamente catalogó como “sobrecargada de restricciones y limitaciones”. Por ejemplo, sólo se hace operativa después que se ha diagnosticado al declarante como enfermo de muerte por dos médicos competentes; si la paciente está embarazada no tiene efectos mientras el embarazo subsista, y expira después de cinco años, aunque puede ser renovada por otros cinco, tantas veces como el paciente lo desee. Después de sólo catorce años, esta ley parece solamente una pieza de museo al lado de los estatutos posteriores, que muestran una inclinación más pronunciada a favor de la muerte y que aumentan los llamados “derechos del paciente” a costa de las salvaguardas del paciente.

Algo similar ocurrió que California aprobó la primera ley del poder notarial de duración indefinida (P. N. D. I.)) Para el cuidado de la salud (1983), poder por el cual el declarante nombra un apoderado para que lleve a cabo sus deseos expresos y para que tome cualquier otra decisión necesaria, en caso de que él quede incapacitado. De nuevo hay algunas restricciones; por ejemplo, el apoderado no puede ordenar un aborto, una esterilización, un tratamiento de shock o una psicocirugía. Desde entonces, la mayor parte de los otros Estados simplemente han extendido sus P N.D.I. para las propiedades, y para tomar decisiones a cerca del cuidado de la salud, los P. N. D. I. Para esta última se transforma en la práctica en

un poder sin restricción alguna. El público no se dio cuenta de que la mayor parte de la gente cree ser el fin, puede ser sólo el principio para el movimiento de la eutanasia.

El hito que marcó el caso Herbert (1981) proporcionó mayor campo para las actividades de S. D. M. Dos doctores que habían ordenado la remoción de tubos alimenticios (Tubos de Suero) de un hombre de mediana edad, que había estado inconsciente por solo cinco días luego de una cirugía rutinaria del abdomen, fueron removidos. Sin embargo, el juez falló que no existía base para someterlos a juicio. S. D. M. trabajó en defensa de los doctores, aunque hasta entonces sus esfuerzos habían sido mayormente en el campo legislativo. Ahora, sin embargo, expandió e intensificó sus esfuerzos legales para obtener reconocimiento para él, así llamado “derecho” de los pacientes incapacitados (usualmente, aunque no siempre, inconscientes), de que se les retiraran sus alimentos y líquidos a petición de sus parientes. En la mayor parte de los casos en que la S. D. M. ha intervenido, el supuesto “derecho a morir del paciente”, ha sido invocado.

La cuestión alcanzó crisis en el caso Nancy Beth Cruzan ante la Corte Suprema de los Estados Unidos. Hay evidencia médica conflictiva sobre si Nancy, una joven mujer que se encontraba recluida en una clínica, estaba o no en un estado vegetativo persistente (E. V. P.). Ella no estaba enferma de muerte, y podía vivir muchos años si se le continuaba proporcionado comida y líquidos. La provisión de éstos por medio de un tubo gastrostómico (instalado para conveniencia del personal médico) era mínimamente invasiva y no era materia mayor en el costo de su cuidado. Era esencial para ella, sin embargo, y él removerlo como trataban de hacer los parientes de Nancy, inevitablemente causaría su muerte. Un fallo del Tribunal Supremo permitiéndolo, sería para el asunto de la eutanasia, lo que el fallo Roe vs

Wade fue para el del aborto, y podría resultar en que se le retiraran el agua y los alimento, a otras personas en circunstancias similares, a petición de sus parientes o de otros guardianes. Esto podría ser hecho tan rutinariamente como ahora se hace el aborto, y podría lógicamente ser extendido a otras clases de inhabilidades, quizá los severamente retardados o los enfermos mentales.

Esto no es tan exagerado como pudiera sonar; el reportaje publicado sobre un grupo de doctores reunidos por S. D. M. (1985) decía que cuando un paciente completamente demente rehusa la comida y el agua por la boca, no es necesario administrar éstos por ninguna otra vía. Pero la muerte por hambre y deshidratación puede ser un proceso largo y penoso tanto de sufrir como de ver. Las inyecciones letales que quiere la sociedad Hemlock serían más rápidas, baratas, limpias y por supuesto, más misericordioso y suaves” Vemos claramente aquí el paso de retirar agua y alimentos a matar por medio de una inyección letal, bajo el ínfimo pretexto de que es más misericordioso y suave.”

La sociedad Hemlock, fundada en Los Ángeles (1980), tiene por objetivo la legalización del suicidio asistido ayudado por el médico par los enfermos de muerte. En 1983, incluía también a “los enfermos graves que son incurables”. Este último objetivo ha sido excluido de la literatura del grupo, aunque quizás no de sus objetivos. Dreck Humphry, cofundador y presidente de la Sociedad Hemlock, es también presidente ahora de la Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir, Él era periodista en Inglaterra y tuvo que marcharse de ese país para que las autoridades no le acusaran de haber dado muerte a su primera esposa. Ella tenía cáncer en fase final y el doctor Humphry le administró una droga letal que ella había pedido.

En los últimos diez años, la Sociedad Hemlock ha promovido su causa a través de un habilidoso uso de los medios de comunicación. Fundó una editorial para imprimir libros sobre la eutanasia para el público, y ha auspiciado conferencias en las cuales han participado líderes del movimiento pro-eutanasia de ambos hemisferios. Su hoja informativa comúnmente contiene información acerca del uso, los efectos y la disponibilidad de fármacos que pueden ser usados oralmente para la “auto-liberación” (el suicidio), e historias sobre miembros que han “ayudado” a una persona “amada” a morir.

Muchas personas tienen dificultades en creer que haya una conexión entre el aborto y la eutanasia, pero Humphry no es uno de ellos. En un debate televisado en 1988 dijo: “Roe vs Wade (el fallo que legalizó el aborto en EE.UU.), abrió la puerta para la legalización de la eutanasia en este país, yo estoy orgulloso de ello”.

La rama política de la Sociedad Hemlock es “Norteamericanos contra el sufrimiento humano”, la cual propuso una ley para una “muerte misericordiosa y digna”, para que las legislaturas de los Estados la aprobaran. Cómo no muchos políticos están preparados para arriesgarse a auspiciar una ley legalizando la eutanasia administrada por un doctor, la Hemlock ha elegido trabajar a través del proceso de referéndum. Se inserta una proposición firmada por un número suficiente de votantes inscritos en un Estado determinado en la boleta electoral de ese Estado, para ser aprobada o rechazada en el día de propuesta en la votación de California en 1988, pero planea tratar de nuevo. Está también recogiendo firmas en Oregón y Washington, dos Estados cuyas pequeñas poblaciones tienen la más baja tasa de afiliación a alguna iglesia en todo el país. Humphry predice que si un Estado aprueba esta ley, los demás

también lo harán, lo cual es muy probable. El estado de Oregon legalizó el suicidio asistido mediante un referéndum en 1994.

- Australia

En 1988, el Estado Australiano de Victoria se convirtió en la primera jurisdicción angloparlante en legalizar el “suicidio médico”. Las partes de la ley que autorizaban a un apoderado para tomar las decisiones de vida o muerte por un incapacitado fueron rechazadas por el parlamento pero serán consideradas de nuevo.

- Japón:

La pequeña sociedad de eutanasia voluntaria del Japón opera en una tradición en la cual el suicidio es visto como la alternativa honorable” a la pérdida del prestigio y del honor: un hombre no debería sobrevivir, dicen ellos, a su buena reputación o a su éxito. La tasa de suicidio en el Japón ha subido entre los ancianos, muchos de los cuales son marginados y abandonados.

- India:

Un proyecto de ley introducido en 1980 en el Parlamento Indio de ser aprobado hubiera proporcionado la muerte “ a petición del paciente a inválidos e incurables de todo tipo. La expresión “muerte misericordiosa” aparece varias veces, aunque probablemente los políticos indios se hayan vuelto más sofisticados actualmente.

- China:

El Washington Times (22 de diciembre de 1988) publicó un reportaje que empezaba diciendo. “China permitirá muertes misericordiosas a petición en sus hospitales, a pesar de la carencia de una política formal de eutanasia para pacientes enfermos de muerte.” Un funcionario del Ministerio dijo “La eutanasia puede poner fin al dolor de los incurables (No se refería a los pacientes moribundos), y también

puede ser un gran alivio para sus parientes, tanto mental como físicamente”. Dada su población tan numerosa y su desprecio general por la vida humana, suena como si los chinos hubieran dado otro gran paso adelante” hacia la muerte, superando y yendo aún más lejos que Holanda al hacerlo.

- Filipinas:

La influencia de Estados Unidos es evidente en un proyecto de ley introducido en la legislatura filipina en 1989 por dos senadores, quienes describieron el caso de Karen Ann Quinlan y el “Testamento en Vida” de California como eventos fundamentales para la promoción de la Eutanasia. El lenguaje de ese proyecto fue tomado en parte del California Act, aunque las salvaguardias del paciente han sido generalmente omitidas, y se agregó una cláusula que permitía el retiro de “respiradores” o cualquier otro sistema para conservar la vida” (¿Se refieren quizás al alimento y a los líquidos?). Esto se haría a petición de los parientes 30 días después que éstos hayan sido notificados por un doctor de que no hay esperanza de que el paciente se recupere.

- Rumania:

Bajo el ya fallecido dictador Nicolás Ceaucescu, Rumania excluyó a los jubilados de todo servicio médico y social: tres días después de su ejecución, se legalizó el aborto que había sido proscrito. Está por verse si es que la posición de los jubilados cambiaría, y en ese caso en qué dirección.

- Israel:

En Israel, “Ellos no hablan acerca de la eutanasia, simplemente la llevan a cabo.”

JURISPRUDENCIA

CONCLUSIONES

1. La palabra “eutanasia” está compuesta de dos voces griegas que significan “muerte buena”. El vocablo fue creado por el inglés Francisco Bacon, al estudiar en uno de los capítulos de sus conocidas obras el tratamiento de las enfermedades incurables” que según Bacon, no es otro que la eutanasia.
2. “Eutanasia significa buena muerte: pero cuando de ese vocablo se ha querido extraer una doctrina, su sentido ha cambiado adoptando muy distinto contenido. Según la acepción teológica eutanasia quiere decir “muerte en estado de gracia”. Los autores modernos sostienen que eutanasia significa agonía buena, muerte natural súbita, suicidio, ayuda a bien morir, homicidio piadoso, etc.
3. En sentido propio y estricto es la buena muerte que otro procura a una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa y la que tiende a trancar la agonía demasiado cruel o prolongada. A esta finalidad fundamental puede añadirse un objetivo eugenésico y seleccionador, como el de las antiguas muertes de niños deformes y el de las modernas prácticas propuestas para eliminar del mundo a los idiotas y enfermos mentales incurables.
4. El término eutanasia consiste en la muerte tranquila y sin dolor, con libertadores de padecimientos intolerables y sin remedio, a petición del sujeto o con objetivo eliminado de seres desprovistos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución.

5. La eutanasia súbita es la muerte repentina, la eutanasia natural es la muerte natural o senil, resultante del debilitamiento progresivo de las funciones vitales; eutanasia teológica o muerte en estado de gracia; eutanasia estoica, conseguida por la exaltación de las virtudes cardinales del estoicismo (inteligencia, fatales, circunspección y justicia); eutanasia terapéutica, es decir, la facultad que debía concederse a los médicos para propinar una muerte dulce a los enfermos incurables y doloridos; eutanasia eugenésica: Consistente en suprimir a todo ser degenerado o inútil; eutanasia legal: la reglamentada o consentida por las leyes.
6. La concepción ética, jurídica y cultural de las naciones específicas de las naciones específicamente la filosofía política que sirve de sustento a las constituciones estatales, son los factores que determina el sentido de las respuestas a los problemas de enorme complejidad relacionadas con el derecho a la vida. En cuanto al derecho a disponer de ella, debe indicarse que en algunos países esta resulta absolutamente inadmisibles, por cuanto hacen suya una teoría según la cual la vida es un valor cósmico y absoluto, ya que el titular de la misma es Dios y no el hombre, que simplemente la habita. “Esta tesis ha sido postulada por la religión católica y se apoya en las reflexiones de John Locke que identificaba el suicidio o la eutanasia con el “hurto de una vida ajena”.
7. El fundamento constitucional de la eutanasia pasiva es sin lugar a dudas, el derecho a la integridad física reconocido en los ordenamientos constitucionales. Este derecho fundamental implica la garantía de no ser sometido a ninguna intervención médica o tratamiento contra la voluntad del paciente lo cual emana de la facultad de libre disposición sobre el propio cuerpo. Lo anterior significa que el enfermo grave puede

licitamente rechazar los tratamientos que le mantienen una vida precaria, lo cual equivale a una petición a los médicos para que permitan que la enfermedad siga su curso, y acabe con su vida.

8. Mayor controversia genera la eutanasia activa, pues el fundamento para su legalización se ha tratado de buscar en terrenos muy diversos. Para un sector de la doctrina, el respeto al libre desarrollo de la personalidad concebido en algunos países como un valor y en otros como un derecho fundamental, impone a los poderes públicos la obligación de no interferir en las decisiones de las personas que pretenden en determinadas circunstancias disponer de su propia vida con ayuda de terceros. Sustentan su tesis en una premisa según la cual dicha acción no desborda los límites fijados para este derecho como son los derechos de otros y el conjunto de normas que integran el ordenamiento jurídico.
9. No obstante, por ser la vida el bien supremo, tal derecho debería rodearse de un conjunto de garantías límites y controles que impidan convertirlo en un factor que sirva para encubrir homicidios o atentados dolosos contra la vida de los moribundos. Por tal motivo resulta conveniente establecer requisitos estrictos y rígidos para la manifestación del consentimiento del enfermo, así como los mecanismos para comprobar inequívocamente la naturaleza mortal de la enfermedad, las expectativas de vida las alternativas del tratamiento y toda una serie de elementos que permitan al Estado colegir que la dignidad humana se encuentra comprometida en un caso concreto, y por ende aceptar la renuncia del derecho a la vida.
10. Por otra parte, también se estima importante establecer que si bien los valores y principios consagrados en la Constitución otorgan a los funcionarios judiciales cierta

discrecionalidad, que podría permitir la solución de un problema de eutanasia recurriendo a ellos la seguridad jurídica, parece aconsejar la interposición del legislador en este supuesto toda vez que una jurisprudencia de los valores puede arrojar luces, pero no resuelve en forma definitiva la enorme complejidad que plantea esta problemática.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. La creación de una comisión multilateral (médicos, juristas, criminólogos, laicos, psicólogos, etc.) que previas las consultas y estudios pertinentes, tenga la tarea primordial de la creación de sendos anteproyectos de leyes reguladoras de la eutanasia en nuestro país.
2. Solicitar, mediante los canales pertinentes, asesoría legal de aquellos países que regulan, dentro de su ordenamiento jurídico interno, la problemática de la eutanasia (Holanda, España, Colombia etc.)
3. Explorar la posibilidad de reforma de nuestro sistema jurídico penal a objeto de que, previos los estudios de rigor, sea incorporada la figura del Homicidio piadoso, consentido, etc.
4. La celebración, forma constante y reiterada de sendos seminarios, talleres, etc., tendientes a la concienciación de nuestra ciudadanía sobre este particular.
5. Promover el debate público de los diferentes sectores de la sociedad panameña, en torno a la eutanasia, en aras de la comprensión cabal de esta figura jurídica.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Asamblea Legislativa. Acta No. 3, de la Reunión Ordinaria de la Comisión de Salud Pública y Seguridad Social de la Asamblea Legislativa, Correspondiente al 15 de octubre de 2003.

Asamblea Legislativa. Acta S/N de la Sesión Ordinaria de la Asamblea Legislativa correspondiente al día 22 de Octubre de 2003.

Asamblea Legislativa. Trámite Legislativo del Ante proyecto No. 66, Proyecto No. 45, de la Gaceta Oficial No. 24.935 de 25 de noviembre de 2003, de la ley 68 de 20 de noviembre de 25 de noviembre de 2003 “Que Regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de Decisión libre e Informada presentado el 17 de septiembre de 2003. Proponente H. L. Teresita Yániz de Arias ante la Comisión de Salud Pública y Seguridad Social

Bajo Fernández, Miguel (1998) Compendio de Derecho Penal, Parte Especial, Editorial CENTRO DE ESTUDIOS RAMÓN ARECES, Madrid

Ballesteros, Jesús. (1992) Derechos Humanos. Editorial TECNOS, S.A. Madrid.

Barbero Santos, Marino (1985) Pena de Muerte. Colección Criminología Contemporánea No. 4, Editora DEPALMA. Buenos Aires.

Barbosa Castillo, Gerardo (1996) Bien Jurídico y Derechos Fundamentales Sobre Un Concepto de Bien Jurídico para Colombia, 1ª Ed. UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA, Bogotá.

Barrera Domínguez, Humberto (1979) Delitos Contra la Vida y la Integridad Personal, Segunda Edición EDICIONES LIBRERIA DEL PROFESIONAL, Bogotá.

Basto Fernández, Miguel (1979) La Intervención Médica contra la Voluntad del Paciente. ANUARIO DE DERECHO PENAL.

Cabello Mohedano, Francisco y Otros (1990) Entre los Límites Personales y Penales de la Eutanasia. UNIVERSIDAD DE CADIZ, España

Carbonell Matey, Juan Carlos (1991) Libre Desarrollo de la Personalidad y Delitos contra la Vida Dos Cuestiones. Suicidio y Aborto. CUADERNO DE POLITICA CRIMINAL. Bogotá, Diciembre.

Castan Tobeñas, José. (1992) Los Derechos del Hombre, 4ª. ed. Editorial REUS, S.A. Madrid.

Código Penal Comentado por la **Dra. Aura Emérita Guerra de Villalaz** (2001) Editorial MIZRACHI & PUJOL S.A. 1ª. Ed. Panamá.

Dowrkin, Ronald (1990) El Dominio de la Vida. Una Discusión acerca del Aborto Editorial Ariel, Madrid.

Farfán Molina, Francisco. (1996) Eutanasia, Derechos Humanos y Ley Penal EDICIONES JURIDICAS GUSTAVO IBÁÑEZ C., LTDA. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Fernández Albor, A. (1964) Homicidio y Asesinato. MONTECORVO, Madrid.

Fleiner, Thomas. (1999) Derechos Humanos, Tr. de Jose Hurtado Pozo. Editorial TEMIS S.A., Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Guerra de Villalaz, Aura E. (1999) Lecciones de Derecho Penal, Panamá.

Gill S. Hipólito. (1999) Delitos Contra la Vida y la Integridad Personal, Panamá

Gómez López, Jesús Orlando. (1997) El Homicidio, 2ª Ed. Editorial TEMIS, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Gómez Méndez, Alfonso. (1998) Delitos Contra la Vida y la Integridad Personal, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA, Bogotá.

González de la Vega, Francisco. (1975) Derecho Penal Mexicano (Los Delitos), Editorial PORRÚA S.A., México.

González Pérez, Jesús. (1986) La Dignidad de la Persona. CIVIJAS. Madrid.

Hackental, Julius. (1985) Eutanasia ¿Caridad o Crimen? ¿Derecho a la Vida y a la Muerte? Revista Visión No. 11, Volumen 64, México D.F.

Hernández, Roberto. (2000) Cuatro Ensayos de Bioética, EDITORIAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS Y NACIONALES.

Herrero, César. (1998) Criminología, Parte General y Especial DYKINSON, Madrid.

Higuera, Gonzalo. (1979) ¿Acortar o Prolongar la Vida Humana? Eutanasia o Distanasia, revista Razón y Fe, No. 976, tomo 199, Madrid.

Islas de González Mariscal, Olga. (1991) Análisis lógico de los Delitos Contra la Vida 3ª Ed. TRIMAS, México D.F.

Jacobs, Gunther. (1996) Sobre el Injusto del Suicidio y del Homicidio a Petición, 1ª Ed. UNIVERSIDAD DEL EXTERNADO DE COLOMBIA

Jiménez de Asúa, Luis. (1984) Libertad de Amar y Derecho a Morir 7ª,ed. , EDICIONES DE PALMA; BuenosAires.

Jiménez Huerta, Mariano. (1979) Derecho Penal Mexicano, Tomo III, 4ª. ed. EDITORIAL PORRÜA, S.A. México.

Juan Pablo II, (1995) El Evangelio de la Vida EDICIONES PAULINAS, Madrid.

Kant, Inmanuel. (1989) La Metafísica de las Costumbres, estudio Preliminar.Traducción y notas de Adela Cortina Orts y Jesús Capell Sancho.EDITORIAL TECNOS. Madrid.

Lugger, Hans (1984) Medicina y Derecho Penal, EDITORIALES DE DERECHO REUNIDAS, Madrid.

Magurirre, Daniel (1975) La Muerte Libremente Elegida. Colección Teología y Mundo Actual No. 41 EDITORIAL SAL TERRAE ,Santander, Costa Rica.

Morenilla Rodríguez, José María. (1985) El Convenio Europeo de Derechos Humanos. Ambito, Organos y Procedimientos, colección, Temas constitucionales 4. MINISTERIO DE JUSTICIA CENTRO DE PUBLICACIONES GRAFICAS, ARIAS MONTANO, S.A. Madrid

Niño, Luis Fernando (1994) Eutanasia. Morir con dignidad. Consecuencias Jurídico Penales. EDITORIAL UNIVERSITARIA. Buenos Aires.

Ordeig, Enrique. (1976) Estudios de Derecho Penal Eutanasia y Derecho Penal. EDITORIAL TECNOS, Madrid.

Pachar, José Vicente. (1995) Lecciones de Medicina Legal, 1ª ed. PUBLICACIONES JURIDICAS DE PANAMA S.A . Panamá. Derecho penal Especial.

Pacheco Osorio, Pedro (1972) Derecho Penal Especial, Tomo III, EDITORIAL TEMIS; S.A. Bogotá

Paz Otero, Gerardo. (1980) Manual de medicina Legal, EDICIONES LIBRERIA DEL PROFESIONAL,Santa fé de Bogotá, Colombia.

Pérez Luño, Antonio (1984) Derechos Humanos, Estado De Derecho Y Constitución. EDITORIAL TECNOS Madrid 1ª. ed.

Pérez, Luis Carlos. (1959) Derecho Penal Colombiano, Parte Especial, volumen III Librería Editorial TEMIS, Ltda. Bogotá.

Ranieri Silvio (1975) Manual De Derecho Penal, Tomo V, Parte Especial, Editorial Temis, Bogotá

Rodríguez Chaverri, Rafael Angel. (1999) La Eutanasia Tesis de Grado, San José C. R.

Rodríguez W., Zulay . (1999) Curso Básico de Derechos Humanos. Consagración Positiva, 2ª ed. EDITORIAL PORTOBELLO; Panamá.

Rojas de Pérez, Marcela- Carrasco Alvarez, José Antonio. (1994) Derechos Humanos en Panamá. 2ª ed. Comité Panameño por los Derechos Humanos., EDITORA SIBAUSTE.S.A.. Panamá

Rojas, Nerio. (1987) Medicina Legal, 12ª. ed. Tercera Reimpresión EL ATENEO; PEDRO GARCIA; S:A: Buenos Aires

Sánchez Jiménez, Enrique. (1999) La Eutanasia ante La Moral y el Derecho, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SECRETARIADO DE PUBLICACIONES, Sevilla , España.

Sagastume Gemmell, Marco Antonio. (1991) Curso Básico de Derechos Humanos, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; EDITORIAL UNIVERSITARIA, Guatemala.

Tello Flores, Francisco Javier (1991) Medicina Forense, COLECCIÓN TEXTOS JURÍDICOS UNIVERSITARIOS HARLA, México

Tocora, Luis Fernando (1996) Derecho Penal Especial, 4ª. Ed. EDICIONES LIBRERÍA DEL PROFESIONAL, Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Tomás y Vallente, Francisco (1993) Escritos Sobre y Desde el Tribunal Constitucional. Los Derechos Y El Estado. CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES. Madrid.

Vargas Alvarado, Eduardo (1980) Medicina Legal 2ª ed. LEHMANN EDITORES, San José Costa Rica.

Zaffaroni Eugenio (1987) Manual de Derecho Penal Parte general. 6ª ed. EDITORIAL EDIAL, Buenos Aires.

TESIS

De los Ríos López, Miriam Elizabeth (1990) Fundamentos Médicos Y Jurídicos De La Eutanasia, Universidad de Panamá

Ortega V. Aura María. (1979) La Eutanasia , Universidad de Panamá.

Probst de Theoktisto, Jaqueline Marie (1991) La Eutanasia, Medicina, Moral y Derecho, Universidad de Panamá

INTERNET

La Eutanasia aprobada en Holanda www.rnw.nl/informarn/html/act010411_leydeeutanasia.

BBC Mundo-Holanda legaliza la eutanasia-28.11.2000
www.bbc.co.uk/spanish/news001128eutanasia.htm.

holanda: Repercusiones éticas y humanas de la ley de eutanasia
www.muertedigna.org/textos/euta242.html.

comunicado a la prensa de Vida Humana Internacional
www.vidahumana.org/news/holanda-eutanasia.html.

Holanda legaliza la eutanasia
www.providafamilia.org/eutanasia_holanda.htm

Holanda. Repercusiones éticas y humanas de la ley de eutanasia.
www.iveargentina.org/Foro_SAfonso/articulos_ajenos/reflexiones_eutanasia.hol

Los mayores.com www.losmayores.com/aprender/noticias/noticia-4.asp.

Baja utilización de la eutanasia en Holanda por parte de los...
www.bioeticaweb.com/Noticias/2002/ela_eutana.htm

Sociedad Organizará viajes a Holanda para poder aplicar la...
www.elmundo.es/2001/11/19/sociedad/1073486.html

Anuario 2000- El Correo
www.diario-elcorreo.es/especiales/anuario20007sociedad2.html

Seminario Intensivo: "Eutanasia en Holanda: Realidad y ficción
168.8361/posgrados/ seminarios/eeh/indexjsp

La Prensa Web
mensual.prensa.com/mensual/contenido/2001/04/11/hoy/mundo/94006

CNN en Español.com-holanda se convierte en el primer país que...
www.cnnenespañol.com/20017mundo/europa/04/10/eutanasia/

**Dos Posturas Antagónicas con Respecto a la Eutanasia
anda_repercusiones.htm**

GLOSARIO

GLOSARIO

AMPARO LEGAL: Su expresión positiva se encuentra en la represión prevista para los delitos contra la vida e integridad corporal, ya se trate de mutilaciones que reducen el organismo y hasta suprimir algunas de sus funciones, o de heridas, que al mal físico agregan en ocasiones las secuelas del perjuicio estético y la lesión económica de la incapacidad temporal o permanente para el trabajo¹¹³.

BIEN JURIDICO: Expresión jurídica del reconocimiento de un interés del individuo, necesario para su buena realización, en armonía con el medio social. La totalidad de relaciones de disponibilidad con que cuenta un sujeto en el marco de un ordenamiento normativo determinado, como el ámbito de disponibilidad de ese sujeto, y por consiguiente, como la garantía con que ese mismo ordenamiento alcanza las condiciones externas de libertad de un individuo en concreto.

CONDUCTAS PUNIBLES: Las normas jurídicas se expresan en prohibiciones y mandatos. Prohíben ciertas acciones o bien mandan a hacer determinados comportamientos. Las prohibiciones se infringen, por lo tanto, haciendo, es decir, mediante acciones positivas. Los mandatos a su vez, no haciendo lo ordenado, es decir omitiendo. Por ese motivo las perturbaciones graves del orden social pueden constituir tanto en hacer lo prohibido como en no hacer lo ordenado por las normas jurídicas¹¹⁴

DERECHO A LA VIDA: Derecho constitucionalmente reconocido a que la vida de todos los individuos sea respetada y protegida por el Estado.

¹¹³ (p.e. CABANELLAS; Guillermo. 1998. Diccionario Enciclopédico De Derecho Usual. Tomo III, letras D-E, EDITORIAL HELIESTA, SRL, Buenos Aires).

¹¹⁴ (p.e. BACIGALUPO, Enrique. 1985. Lineamientos de la teoría del delito, 2ª. ed. EDITORIAL JURISCENTRO, San José.

DERECHO PENAL: Rama del Derecho que estudia el fenómeno criminal: el delito, el delincuente y la pena.

DOLOR FISICO: Sensación desagradable causado por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Es un síntoma cardinal de la inflamación y es valorable en el diagnóstico de gran número de trastornos y procesos. Puede ser leve o grave, crónico, agudo, punzante, localizado, difuso o irradiado.

DOLOR: Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interna o externa.

EUTANASIA: Muerte sin sufrimiento físico. Acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a su sufrimiento.

EUTANASIA ACTIVA: Acción médica por medio del cual se pone fin a la vida de una persona gravemente enferma o que padece intensos sufrimientos siempre y cuando ella consienta el hecho

EUTANASIA DIRECTA: Acción u omisión, que para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados acelera su muerte con su consentimiento o sin él.¹¹⁵

EUTANASIA PASIVA: Aquella que tiene lugar a través de la omisión de un acto necesario para alargar la vida del enfermo. Es la que ocurre cuando la persona enferma se encuentra conectada alguna máquina a la que debe su subsistencia, y los parientes solicitan a los médicos que la desconecten, toda vez que a la persona se le ha de haber diagnosticado muerte cerebral.

¹¹⁵ (p.e. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA.2001 Diccionario de la Lengua Española, 22ª. ed, Rotapapel, S.I., Madrid pag.685)

EUTANASIA PIADOSA: Muerte piadosa que se le da a los enfermos, cuya curación se tiene por imposible y cuando se encuentran sometidos a sufrimiento que los recursos de la ciencia no pueden suprimir, ni siquiera paliar.

FETO: Embrión de los mamíferos placentarios y marsupiales, desde que se implantan en el útero hasta el momento del parto.

HOMICIDIO: Muerte causada a una persona por otra. Por lo común, la ejecutada ilegítimamente y con violencia.

INTEGRIDAD PERSONAL: Es el derecho a la integridad física. “Se apoya en la protección elemental que surge del instinto de conservación aún cuando quepan requerimientos contrarios, como más característico, el del combatiente expuesto a heridas y ala muerte sin más que la orden superior que crea ese riesgo, y hasta solamente con la presencia de la zona de combate, y hoy en cualquier punto de un país en guerra ante el alcance y estrago de las armas aéreas y nucleares.

JUSNATURALISMO: Conjunto de los valores básicos o lo que es lo mismo, las normas básicas que han de inspirar, y que inspiran de hecho en una medida u otra, todo ordenamiento jurídico.

MEDICO: Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.

MEDIOS TERAPEUTICOS: Lo relativo al tratamiento médico de una enfermedad o proceso morboso.

MORAL: Que no concierne al orden jurídico, sino al fuero interno o al respeto humano. Ciencia que trata el bien general, y de las acciones humanas, en orden a su bondad y malicia.

MUERTE: Cesación o término de la vida. La detención total o definitiva de toda la actividad cerebral, constatada directa o indirectamente. Inevitable evento final del ciclo biológico de los seres vivos. Desde el punto de vista médico, es un hecho que debe establecerse mediante un proceso diagnóstico basado en el examen físico de una persona a fin de establecer los signos que la confirmen

MUERTE CEREBRAL: Forma irreversible de pérdida de conciencia que se caracteriza por una desaparición completa de la función cerebral con mantenimiento de la contracción cardíaca. La definición legal de la muerte cerebral varía de unos países a otros. Los criterios clínicos habituales para diagnosticarla son ausencia de actividad refleja, movimiento y respiración. Las pupilas se encuentran dilatadas y fijas.

MUERTE DIGNA: Fin, extinción, término, cesación de la vida, al menos en el aspecto corporal.

El ciclo vital y jurídico que se inicia con el nacimiento, incluso desde la concepción y se mantiene durante toda la existencia, encuentra en la muerte el final de la personalidad, como regla genérica.¹¹⁶

MUERTE NATURAL: Aparente interrupción de la vida indicada por la ausencia del latido cardíaco o de respiración, por causas naturales.

PACIENTE TERMINAL: Individuo receptor de un servicio sanitario, cuya estructura o proceso se aproxima a su fin, como un bronquiolo terminal o una enfermedad terminal.

SOCIEDAD: Agrupación natural o pactada de personas que constituyen unidad distinta de cada uno de los individuos con el fin de cumplir mediante la mutua cooperación todos o algunos fines de la vida.

SUFRIMIENTO: Paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre una cosa. padecimiento, dolor y pena.

SUICIDIO: Acción o efecto de suicidarse. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza.

VIDA: Fuerza interna substancial mediante la que obra el ser que la posee. Estado de actividad de los seres orgánicos. Unión del alma y del cuerpo. Espacio de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser animal, o vegetal hasta su muerte.

VIDA INDEPENDIENTE: La vida posee varias bases de computación: para todo lo favorable desde el instante de la concepción por que la vida intrauterina-la existente y supuesta en el seno materno; ya que la ley se rige en definitiva por los plazos normales de gestación y cabe una retracción hasta los 10 meses anteriores al parto cuando se trata en realidad de un prematuro-se extiende la protección jurídica, normalmente se considera el nacimiento con vida desde el corte del cordón umbilical, lo cual determina la personalidad jurídica en la mayoría de los códigos.¹¹⁷

¹¹⁶ (p.e. CABANELLAS Guillermo. 1998. Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual. Tomo V. letras J-O, EDITORIAL HELIASTA SRL Buenos Aires pág. 473)

¹¹⁷ (p.e. CABANELLAS, Guillermo 1998. Diccionario De Derecho Usual. TOMO VIII, Letras T-Z. EDITORIAL HELIASTA, S. R: L: . Buenos Aires pág. 369)

ANEXOS

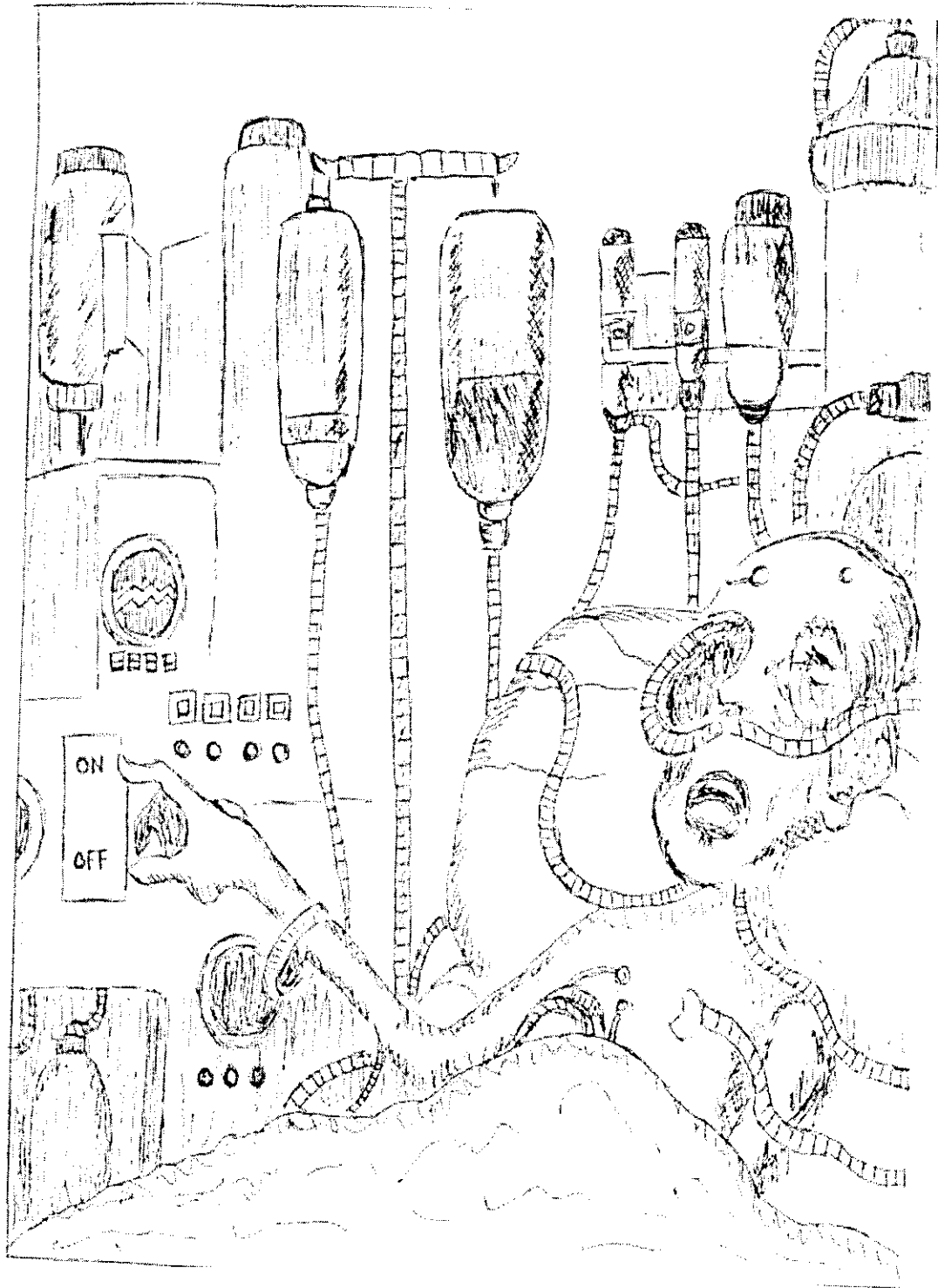


Fig.1. Todos tenemos derecho a vivir y morir con dignidad. Esto es precisamente lo que nos distingue de los animales y de las plantas.

ASAMBLEA LEGISLATIVA**LEY No. 68****(DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2003)****“QUE REGULA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES
EN MATERIA DE INFORMACION Y DE DECISION LIBRE E
INFORMADA”****LA ASAMBLEA LEGISLATIVA****DECRETA:****CAPITULO I****Disposiciones Generales**

Artículo 1. El objeto de la presente ley es regular los derechos y obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios de salud públicos y privados en materia de información y de decisión libre e informada.

Artículo 2. Así mismo, es objeto de la presente ley garantizar el establecimiento de los requisitos de la información que debe aparecer en el expediente clínico de todos los pacientes, la autonomía de decisión en relación con los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen sobre su propio estado de salud y enfermedad, como también sobre la confidencialidad de la información relacionada con un proceso, y a libre elección de opciones de tratamientos presentados.

Artículo 3. Los derechos enunciados en los artículos anteriores podrán llevarse a efecto por medio de una declaración expresa sobre sus opciones e instrucciones ante intervenciones sanitarias y procedimientos, así como con respecto a la donación de sus órganos.

CAPÍTULO II

Derecho a la Información

Artículo 4. Los usuarios de los centros y servicios de salud públicos y privados tienen derecho a recibir información sobre los servicios a que pueden tener acceso, así como la prestación de estos sin discriminación alguna y con respecto a su personalidad. No obstante, se respetará la voluntad de una persona de no ser informada.

Artículo 5. En cualquier situación en el ámbito de los centros y servicios de salud públicos y privados, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud. No obstante es necesario respetar la voluntad explícita de una persona a no ser informada y a que no se transmita la información de su estado de salud o enfermedad a las personas a él vinculadas, por razones familiares o de hecho ni a terceras personas.

Artículo 6. La información, que debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, será verídica y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente para ayudarlo a tomar decisiones de una manera autónoma y teniendo en cuenta el nivel intelectual, emocional y cultural del paciente.

Artículo 7. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información.

Artículo 8. El titular del derecho a la información es el paciente. Las personas vinculadas a él deberán ser informadas en la medida en que aquel lo permita expresa o tácitamente.

Artículo 9. En caso de incapacidad del paciente, este debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de tener que informar también a quien tenga su representación, personas a él vinculadas por razones familiares y de hecho que asuman la responsabilidad de las decisiones que hayan de adoptarse propuestas por el médico.

Artículo 10. Si según el criterio debidamente justificado del médico responsable de la asistencia, el paciente no es capaz para entender la información ni de hacerse cargo de su situación o si la información le es perjudicial, debe informarse a las personas a él vinculadas, por razones familiares o de hecho, que asuman la responsabilidad de dar conformidad a las decisiones que hayan de adoptarse por propuesta del médico.

Artículo 11. En situaciones de urgencia vital, necesidad terapéutica o ausencia de personas a él vinculadas, por razones familiares o de hecho, el médico podrá adoptar las decisiones más adecuadas, para actuar en interés del paciente.

Artículo 12. Los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a tener conocimiento adecuado de los problemas generales que impliquen un riesgo para la salud colectiva,

y a que esta información y las medidas sanitarias de prevención o tratamiento se difundan en términos verídicos, comprensibles, y adecuados para la protección de la salud.

CAPITULO III

Derecho a la Intimidad

Artículo 13. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud. Así mismo, tiene derecho a que nadie pueda acceder a ellos sin su autorización salvo que lo prevea la legislación vigente.

Toda persona que omita cumplir con el deber de confidencialidad que obliga el presente artículo, será sancionado de conformidad con las normas del Código Penal.

Artículo 14. Los centros sanitarios han de adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el artículo anterior y con tal efecto han de elaborar en su caso, normas y procedimientos protocolizados para garantizar la legitimidad de todo acceso a los datos de los pacientes.

CAPITULO IV

Derecho a la Autonomía del Paciente y a su Voluntad Expresa

Artículo 15. Los centros y servicios de salud, públicos y privados, informarán por escrito de los derechos que esta Ley reconoce a los ciudadanos y ciudadanas desde el momento de su ingreso, mediante la disposición de documentos o formularios que informen con claridad y acrediten mediante su firma el conocimiento de sus derechos

en cuanto a la utilización de los servicios médicos, además del consentimiento específico en las intervenciones quirúrgicas.

Artículo 16. Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informado de acuerdo con lo establecido en el Capítulo II. Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasores y, en general, cuando se realizan procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. El consentimiento puede ser revocado libremente en cualquier momento.

Artículo 17. El documento de consentimiento debe ser específico para cada procedimiento de diagnóstico o terapéutico, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. Dicho documento debe contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trate y sobre sus beneficios y posibles riesgos.

Artículo 18. Son situaciones de excepción a la exigencia general del consentimiento que permiten realizar las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de la persona afectada:

1. Cuando hay un riesgo para la salud pública, si lo exigen razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación aplicable.
2. Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento, no es posible conseguir la autorización de éste o

de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho. En estos supuestos se podrán llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada.

3. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho del paciente deberá ser ejercitado por las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho.
4. Cuando el paciente haya manifestado expresamente su deseo de no ser informado, en cuyo caso deberá respetarse su voluntad, sin perjuicio de obtenerse el consentimiento previo para la intervención, dejando constancia documentada de esta renuncia a la información.

No obstante, el derecho a no saber podrá restringirse cuando se establecieran las razones de interés de la salud del propio paciente, por exigencias terapéuticas, o de interés de terceros o de la colectividad.

Artículo 19. Son situaciones de otorgamiento del consentimiento por sustitución:

1. Cuando el enfermo no sea capaz para tomar decisiones, porque su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de la situación, según criterio del médico responsable de la asistencia este recabará el consentimiento de las personas vinculadas a los pacientes por razones familiares o de hecho.

Se dará preferencia al cónyuge y, en su defecto, a los hijos mayores de edad y, en ausencia de éstos, a los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado al de mayor edad.

2. En los casos de incapacidad legal, de menores de edad y de personas internadas por trastornos psíquicos, el consentimiento debe darlo quien tenga la tutela o curatela.

Los menores emancipados y los adolescentes de más de dieciséis años deberán dar personalmente su consentimiento. En el caso de los menores, el consentimiento debe darlo su representante, después de haber escuchado su opinión, en todo caso, si es mayor de doce años.

Artículo 20. En los supuestos definidos en los numerales 1 y 2 del artículo anterior, se podrán realizar, sin el consentimiento exigido, las intervenciones urgentes e indispensables para evitar lesiones irreversibles o peligro de muerte de la persona afectada, incluyendo los casos de suicidio.

Artículo 21. En los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión e intervención médica debe respetar la dignidad personal del enfermo, estar motivada, ser objetiva y proporcionada, quedando reflejado todo ello en el expediente clínico. En todo caso, se intentará que tanto el enfermo como sus parientes y allegados intervengan en cuanto sea posible en la toma de decisiones.

CAPITULO V

Derecho de los Pacientes en Fase Terminal

Artículo 22. Toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en fase terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación y esté informada de forma clara y confiable de su diagnóstico, su pronóstico y de las alternativas de los tratamientos clínicos y/o quirúrgicos posibles, podrá oponerse a la aplicación de éstos, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y/o sufrimiento.

La información será brindada por el profesional médico, en términos claros y adecuados a su nivel de comprensión y estado psíquico, de acuerdo con la personalidad del paciente, a efecto de que al prestar su consentimiento lo haga debidamente informado. En todos los casos, deberá dejar constancia por escrito, con las firmas de ambas partes.

Cuando se trate de incapaces o personas imposibilitadas para prestar su consentimiento, se habilitará la vía judicial para que el juez competente, en un término perentorio de 72 horas, verifique o determine la representación legal del enfermo a éste sólo efecto, siendo quien revista tal carácter quien podrá asumir la decisión de oponerse de acuerdo a lo prescrito en el primer párrafo del presente artículo.

Artículo 23. El equipo de salud actuante de toda unidad hospitalaria deberá mantener aquellas medidas que permitan la mejor calidad de vida posible del paciente, hasta su fallecimiento, para lo cual deberá contar con unidades operativas de cuidados paliativos.

Los centros de atención primaria ofrecerán los cuidados paliativos prolongados, que garanticen la mejor calidad de vida y alivio del dolor mediante la atención del personal médico de que dispongan.

Artículo 24. Para la aplicación del artículo 22, serán necesarios los siguientes requisitos:

1. Que el paciente esté en uso de sus facultades mentales, excepto que se den las situaciones previstas en el último párrafo del artículo 22.
2. Que la oposición se realice mediante un documento escrito donde conste su voluntad;

3. Que la decisión haya sido tomada libremente
4. Qué, agotados los medios conocidos de diagnóstico, se concluya que la enfermedad o accidente que lo haya colocado en igual situación, es irreversible, incurable y se encuentra en fase terminal, conforme al dictamen de una junta médica, integrada por lo menos por dos especialistas en la enfermedad que se trate.
5. Que un psiquiatra evalúe que se dan las condiciones previstas en los numerales 1 y 3.

Artículo 25. Se considerará enfermedad irreversible, incurable y en fase terminal a la enunciada en el diagnóstico del profesional médico que atienda al paciente, juntamente con el producido por la junta médica de especialistas en la afección que se trata, en el que deberá especificarse que, razonablemente y en condiciones normales, se producirá la muerte del paciente.

Artículo 26. El profesional médico acatará la decisión del paciente a oponerse a los tratamientos médicos o quirúrgicos, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y/o sufrimiento, previo cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Que le haya informado al paciente o al representante legal, cuando se tratase de incapaces o personas imposibilitadas para prestar su consentimiento, sobre la naturaleza de su enfermedad o características del accidente, y su probable evolución, así como el tratamiento médico aconsejado, incluyendo asesoramiento y apoyo psiquiátrico, y las medidas adecuadas y disponibles para mantenerlo con vida.

2. Que la oposición sea firmada por el interesado, o en caso de imposibilidad física de éste, por otra persona que él designe, ante el profesional médico interviniente, junto con dos testigos que no sean parientes del paciente hasta el cuarto grado de consanguinidad, o sus beneficiarios testamentarios o de un seguro de vida.
3. Cuando resulte necesaria la intervención de un intérprete o traductor para la adecuada firma de la oposición, esta también debe ser suscrita por ellos, con expresa mención de que el paciente ha comprendido correctamente su contenido.

En caso de no existir intérprete o traductor adecuado, se recurrirá a la persona que se considere más idónea para el caso, dándose debida cuenta a la autoridad consular respectiva, cuando ellos correspondan.

Artículo 27: El que hubiese intervenido como testigo estando incluido en las limitaciones.....

Artículo 28. Firmada la oposición de conformidad a la presente Ley, el profesional médico archivará en el expediente clínico del paciente la siguiente documentación:

1. Diagnóstico de la enfermedad del paciente o accidente sufrido por él;
2. Dictamen establecido en los numerales 4 y 5 del artículo 24;
3. Original del documento escrito donde consta la oposición.

Artículo 29. La oposición podrá ser revocada en cualquier tiempo y en forma fehaciente ante el profesional médico interviniente.

Artículo 30. Los derechos y obligaciones resultantes de hechos y actos existentes con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, no estarán condicionados ni limitados por la presentación o revocación de la oposición.

Artículo 31. Ningún profesional interviniente que haya actuado de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, estará sujeto a responsabilidad civil, penal ni administrativa.

Artículo 32. Se prohíbe el ejercicio de la eutanasia.

CAPITULO VI

Documento de Voluntades Anticipadas.

Artículo 33. El documento de voluntades anticipadas es aquel dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad o un menor al que se le reconoce capacidad conforme al Código de la Familia y del Menor, deja constancia de los deseos, previamente expresados, sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad, por medio del consentimiento informado, y por el equipo médico que le asista en tal situación.

En las voluntades anticipadas se podrán incorporar manifestaciones para que, en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, se evite el sufrimiento con medidas paliativas, aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos

desproporcionados o extraordinarios, ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte.

Para tal efecto, en las manifestaciones de las voluntades anticipadas, la persona puede designar a un representante cuando no pueda expresar su voluntad por sí misma. Esta persona será la única interlocutora válida y necesaria con el médico o el equipo sanitario.

En la declaración de voluntad anticipada, la persona interesada podrá hacer constar la decisión respecto de la donación total o parcial de sus órganos para fines terapéuticos, docentes o de investigación, una vez llegado el momento de su muerte. En este supuesto no se requerirá ninguna autorización para la extracción o utilización de los órganos donados.

Artículo 34. El documento de voluntades anticipadas deberá ser respetado por los servicios sanitarios y por cuantas personas tengan alguna relación con su autor, como si se tratará de un testamento.

Para su plena efectividad, el documento de la declaración de voluntades anticipadas deberá haber sido otorgado en las condiciones citadas en el artículo anterior, formalizándose por alguno de los siguientes procedimientos.

1. Ante notario. En este supuesto no se precisa la presencia de testigos.
2. Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

Artículo 35. Los médicos o equipos médicos destinatarios de la declaración de voluntades anticipadas no tendrán en cuenta las instrucciones que sean contrarias al

ordenamiento jurídico, a la buena práctica clínica, a la mejor evidencia científica disponible o las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlos. En estos casos debe hacerse la anotación razonada pertinente en el expediente clínico.

La administración del hospital o Centro de Salud adoptará las medidas necesarias para garantizar la voluntad anticipada del paciente, recogida en el documento.

Artículo 36. El documento que recoja la declaración de voluntades anticipadas deberá ser entregado por la persona que lo ha otorgado, por sus familiares o por su representante al Centro de Salud u hospitalario donde la persona sea atendida. Este documento deberá incorporarse al expediente clínico del paciente.

CAPITULO VII

Expediente Clínico

Artículo 37. El expediente clínico recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en el. En el expediente, debe procurarse la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. Esta integración debe hacerse, como mínimo en el ámbito de cada centro, dónde debe existir un expediente clínico único para cada paciente.

Artículo 38. Los expedientes clínicos se pueden elaborar mediante papel audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad de su contenido y su plena

reproducibilidad futura. En cualquier caso, debe garantizarse que quedan registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado.

Los expedientes clínicos deberán ser claramente legibles, evitándose, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas, y estarán normalizados en cuanto a su estructura lógica, de conformidad con lo que se disponga reglamentariamente. Cualquier información incorporada al expediente clínico debe ser datada y firmada, de manera que se identifique claramente la persona que la realiza.

Artículo 39. Los Centros y Servicios de Salud, Públicos y Privados, deben adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que no sea autorizado.

Artículo 40. El expediente clínico debe traer un número de identificación y debe incluir los siguientes datos:

- I. Datos de la identificación del enfermo y la asistencia.
 - a. Nombres y apellidos del enfermo.
 - b. Fecha de Nacimiento.
 - c. Sexo
 - d. Cédula de Identidad Personal
 - e. Número de Seguro Social
 - f. Dirección de domicilio y teléfono
 - g. Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
 - h. Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro asistencial.

- i. Servicio o unidad en que se presta la asistencia si procede.
 - j. Médico responsable del enfermo.
 - k. Número de seguro privado, en caso de existir.
2. Datos clínicos asistenciales:
- a. Antecedentes familiares y personales, fisiológicos y patológicos.
 - b. Historia clínica y examen físico.
 - c. Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados.
 - d. Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.
 - e. Hojas de tratamiento médico.
 - f. Hojas de consentimiento informado, si procede.
 - g. Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si procede.
 - h. Informes de epicrisis o de alta, en su caso.
 - i. Documento de alta voluntaria en su caso.
 - j. Informe de necropsia, si existe.
 - k. En caso de intervención quirúrgica debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro.
3. Datos sociales.
- a. Informe social, si procede.

Artículo 41. En los expedientes clínicos hospitalarios en que participe más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.

Artículo 42. Los centros de servicios de salud públicos y privados deben disponer de un estado normalizado de expediente clínico que recoja los contenidos fijados en los artículos 40 y 41, adaptados al nivel asistencial que tengan y a la clase de prestación que realicen.

Artículo 43. El expediente clínico es un instrumento destinado fundamentalmente a ayudar a garantizar una asistencia adecuada al paciente. A dicho efecto, los profesionales asistenciales del centro que están implicados en el diagnóstico o el tratamiento del enfermo deben tener acceso al expediente clínico.

Artículo 44. Cada centro debe establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta asistencia a un paciente concreto, los profesionales que lo atienden puedan, en todo momento, tener acceso al expediente clínico correspondiente.

Artículo 45. Se puede acceder al expediente clínico con finalidades epidemiológicas, de investigación o docencia, con sujeción a lo establecido en la ley.

Artículo 46. El personal que se ocupa de las tareas de administración de los centros sanitarios puede acceder sólo a los datos del expediente clínico relacionados con las mencionadas funciones.

Artículo 47. El personal al servicio del Ministerio de Salud que ejerce funciones de inspección, debidamente acreditado, puede acceder a los expedientes clínicos a fin de comprobar la calidad de la asistencia, el cumplimiento de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro de relación con los pacientes o los servicios de

salud. Aquel personal que accede, en caso de su competencia, a cualquier clase de datos del expediente clínico, queda sujeto al deber de guardar el secreto sobre ellos.

Artículo 48. La administración o dirección de los centros hospitalarios o de salud velarán por el buen uso de los archivos de los datos de los pacientes, aplicando las medidas de seguridad, control y registro de cualquier acceso a los datos efectuados.

Artículo 49. El expediente clínico se ha de conservar, como mínimo hasta veinte años, contados desde la muerte del paciente. No obstante se podrán seleccionar y destruir los documentos que no sean relevantes para la asistencia, transcurridos dos años de la muerte del paciente.

Artículo 50. En cualquier caso, en el expediente clínico deben conservarse, junto con los datos de identificación del paciente, durante veinte años, como mínimo, contados desde la muerte del paciente, las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y los registros de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.

CAPITULO VIII

Derechos en Relación con el Expediente Clínico

Artículo 51. El derecho de acceso del paciente al expediente clínico puede ejercerse también por representación, siempre que esté suficientemente acreditada.

El paciente tiene derecho a que los centros y servicios de salud, públicos y privados, establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de los expedientes

clínicos. Dicha custodia debe permitir la recolección, recuperación, integración y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad, en los términos establecidos en los artículos 43, 44, 45, 46, 47 y 48 de la presente Ley.

Artículo 52. El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, con el objetivo de avanzar en la configuración de un expediente clínico único por paciente, ha de promover, mediante un proceso que garantice la participación de los agentes implicados, el estudio de un sistema que atendiendo a la evolución de los recursos técnicos, posibilite el uso compartido de los expedientes clínicos en los centros asistenciales de Panamá, a fin de que los pacientes atendidos en diversos centros no se hayan de someter a exploraciones y procedimientos repetidos, y los servicios asistenciales tengan acceso a la información clínica disponible.

La edición noticia del Diario Médico.com. del 12 de noviembre de 2001 contempló una noticia titulada : “Un Juez de Oregon mantiene la eutanasia”, el texto de la misma dice así: Un Juez Federal del Estado de Oregon, ha suspendido la orden del Secretario de Justicia del País, John Aschoft, de sancionar a los médicos que practiquen la eutanasia”.

El Juez Robert Jones ha suspendido la orden, emitida por el Secretario de Justicia, que retiraba la licencia a los médicos de Oregon que recetaran sustancias para ayudar a morir a sus pacientes.

Según la ley estatal, los médicos pueden recetar, pero no administrar sustancias letales a los pacientes con una esperanza de vida de menos de seis meses y que elijan morir voluntariamente. Por ello y de acuerdo con la tesis del Fiscal General de Oregon, el Tribunal entendió que la orden atentaba contra la competencia legislativa estatal.

- La Asociación Derecho a Morir Dignamente de España, publicó una información cuyo contenido es el siguiente: “Testamento Vital de la DMD” Indicaciones útiles para los firmantes de las voluntades anticipadas.

En un documento de Voluntades Anticipadas- conocido generalmente como Testamento Vital- usted expresa su voluntad sobre las atenciones médicas que desea o no desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo. Usted puede realizar su propio documento con las indicaciones y razonamientos que considere pertinentes. D.M. D. ha elaborado este modelo impreso para facilitar este trámite.

En Cataluña a partir de la Ley 21 de 2000, de 29 de diciembre el Testamento Vital al que se denomina Voluntades Anticipadas, tiene un status legal. Otros lugares

han aprobado leyes similares (Galicia, Aragón, Navarra, Madrid, País Vasco) Donde no hay legislación al respecto el documento no es legal y tiene peso moral. Si se tuviera que ir a un Tribunal para defender lo que usted expresa el documento tendría un inmenso valor.

Firma: conforme a la Ley catalana el documento puede firmarse ante notario o ante tres testigos. Dos de ellos no pueden ser familiares en segundo grado, ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante. El modelo del DMD, está ya preparado para la firma con testigos. Recomendamos seguir estas formas de validación también en otras autonomías.

Representante: En este impreso se incluye la posibilidad de que se nombre un representante. Conviene que la persona elegida como tal sea alguien que comprenda lo mejor posible los deseos, los valores y motivos que sustentan sus decisiones sobre el final de su vida para cuando el firmante no pueda expresarse por sí mismo. Además ha de ser una persona dispuesta a luchar para que se cumplan las instrucciones de que la persona deja en el documento en caso de incumplimiento por parte de sus allegados o de sus médicos. Tiene también la posibilidad de nombrar un segundo representante – un sustituto – por sí el primero se encontrase ausente, hubiese fallecido o por alguna otra razón no pudiese cumplir su cometido.

Los puntos 1, 2, 3, del documento, contemplan distintas opciones para paliar su sufrimiento y evitar un alargamiento inesperado de la vida. Si no está de acuerdo con lo que se le solicita en alguno de estos puntos, debe tacharlo.

Enfermedades Enumeradas: Puede tachar las enfermedades enumeradas en el punto 4, que no desea que figure en el documento.

Difusión:, Localización y Registro: Es conveniente que reparta copias de su documento, a su representante si lo tiene, a otras personas de su confianza, incluido su médico de cabecera, si es posible. Deje indicaciones sobre dónde localizar el documento por si surgiera un accidente o enfermedad súbita que le impidiera expresarse.

La Asociación D. M. D. tiene abierto un registro de Testamentos Vitales para sus socios desde 1996, en la tarjeta de socio se añade el número de registro. De este modo se facilita su localización en la asociación y recabar asesoría sobre como actuar en casos conflictivos estos servicios forman parte de la atención que la mencionada asociación presta a sus socios.

Anulación: La persona puede anular su documento de Voluntad Anticipada Testamento Vital, en cualquier momento, rompiéndolo. No debe olvidar las copias que haya entregado o declarar su cambio de opinión por escrito oralmente ante testigos.

- En un cable, el que fue emitido desde París, el día miércoles 30 de junio de 2004, número 9880, la Agencia de Noticias EFE, publicó la siguiente información “ No a la eutanasia. Si al Derecho a dejar morir” París (EFE), Una misión parlamentaria francesa creada tras el dramático caso de un joven tetrapléjico que pidió morir, excluye despenalizar la eutanasia, pero aboga porque un enfermo terminal que lo quiera, pueda conseguir del médico la interrupción del tratamiento que lo mantiene con vida.

Estas son las principales propuestas del informe de la misión que trascendieron en víspera de su presentación formal y que se plasman en una proposición de ley.

El grupo sobre el acompañamiento del final de vida integrado por 31 legisladores de varios partidos, fue creado a raíz de la muerte de Vincent Humbert, en septiembre de 2003, que restauró en Francia el debate sobre la eutanasia y el derecho a morir dignamente. El joven de 22 años, tetrapléjico, mudo, casi ciego y que sólo podía comunicarse mediante la presión ejercida por sus dedos a raíz de un accidente de tránsito y quería que le ayudaran a morir e incluso pidió ayuda al Jefe de Estado, Jacques Chirac. Su madre que lo intentó sin éxito y el jefe de equipo de reanimación del hospital que le administró una solución intermedia con el fin de conciliar el respeto a la vida y a la dignidad humana, a la vez quiere crear la obligación legal de los cuidados paliativos.

Según las propuestas de grupo, los enfermos terminales que estén conscientes podrían obtener del médico que interrumpa el tratamiento que le mantiene con vida, incluida la alimentación por suero.

La petición habría de ser reiterada y los médicos deberían tomar la decisión de forma colegial y transparente, en un plazo razonable.

En ese caso de un enfermo terminal inconsciente, el médico podría decidir, limitar o detener el tratamiento “inútil” o ineficaz tras respetar el procedimiento definido por la vía reglamentaria y consultar a una persona de confianza del paciente, la familia o si no existen las directrices “anticipadas” dejadas por el interesado antes de caer en la inconsciencia.

Cualquier adulto podría redactar estas directrices revocables en todo momento y deberán ser tomadas en cuenta por el médico si han sido redactadas menos de tres años antes del momento decisivo reza la proposición de la ley. .

- Hipócrates Howe Page. Publicó un boletín informativo, cuyo cometido es el siguiente: “La Cámara Baja del Parlamento Holandés, votó por legalizar la

eutanasia” La Haya- La Cámara Baja del Parlamento de Holanda, aprobó una iniciativa para permitir la eutanasia y el suicidio asistido, con lo que se convierte en el primer país que legaliza esta práctica después de tolerarla durante décadas. La propuesta sancionada con 104 votos a favor y 40 en contra, tenía que ser ratificada por el Senado aunque esto es considerado una formalidad y se prevé, para que comenzara a regir en unos años. Los partidarios decían que la ley pone a Holanda a la vanguardia de los derechos de los pacientes, en tanto que los opositores sostienen que sustituirá la atención médica por la muerte. Una serie de fallos judiciales y directrices gubernamentales en Holanda desde la decisión de 1970, han brindado mayor campo de acción a los médicos para ayudar a morir a los pacientes, pero el Código Penal nunca fue enmendado. Al dejar abierta esta zona gris existía la posibilidad de que los médicos fueran encausados por asesinato. En 1993, el Parlamento aprobó las condiciones por las cuales se entendía que dos facultativos no serían acusados por la práctica, si bien continuó siendo un delito penable con un máximo de 12 años de prisión. Según las pautas aprobadas sólo pueden acogerse a ley los pacientes que padezcan un sufrimiento irremediable e insoportable, sean conscientes de las otras alternativas médicas y hayan buscado una segunda opinión profesional. La solicitud escrita de eutanasia librando al criterio de los médicos el derecho de practicarla cuando los pacientes estén demasiado graves física o mentalmente para decidir por ellos mismos.

- Otros casos: Ningún otro país ha intentado legalizar la eutanasia, sostienen funcionarios de salud y expertos legales, aunque se tolera en Suiza, Colombia, y Bélgica. La eutanasia es ilegal en Estados Unidos. Sin embargo en el Estado de Oregon, los votantes aprobaron en 1994, el suicidio asistido por médicos para enfermos terminales. Desde que la ley entró en vigor en 1997, 43 personas

murieron en Oregon por suicidios asistidos. Los territorios del Norte de Australia legalizaron en 1996 el suicidio asistido únicamente para pacientes con enfermedades en fase terminal, pero revocaron la ley un año después. En San Francisco, un Tribunal Federal de Apelaciones ordenó al gobierno de George W. Bush que no interfiriera con la Ley de Eutanasia de Oregon, que permite administrar dosis mortales de medicina a pacientes desahuciados. En un dictamen sobre la única ley del país que permite a los médicos acelerar la muerte de un paciente, el Tribunal dijo que el Secretario de Justicia John Ashcroft no puede sancionar ni encausar a los médicos de Oregon, que prescriban dosis mortales, tal como lo permite la Ley de Muerte con Dignidad, aprobada por los votantes del Estado. “ El intento unilateral del Secretario de Justicia para regular la práctica médica general que ha sido históricamente regulada por los legisladores estatales, interfirieron con el debate democrático acerca del suicidio con asistencia médica”, dijo el Juez Richard Tallman en el dictamen del Tribunal de Apelaciones del Noveno Circuito Federal. Agregó que la Acción de Ashcroft “Excede su autoridad según las leyes federales. El Departamento de Justicia había determinado que el suicidio “no es un propósito médico legítimo”, pero el Estado de Oregon mantuvo que tenía la facultad de declarar por sí mismo qué tipos de procedimientos podía permitir. El caso data de abril de 2002, cuando un Juez de Portland, Oregon impidió que el Departamento de Justicia amenazase con encausar a los médicos que aplicaban la ley”.

- Vida Humana Internacional publicó lo que denomina “Mapa de la Eutanasia y el Suicidio Asistido” contenido de lo siguiente
- Mapa de la Eutanasia y el Suicidio Asistido.

La postura de Human Life Internacional

Eutanasia Cuando el médico mata al paciente.

La eutanasia y el aborto.

Eutanasia ¿Existe un derecho a Morir?

La eutanasia y el falso derecho a morir.

Suicidio Asistido

Testamento en Vida

La eutanasia en el ámbito mundial.

Alternativa a la eutanasia y al suicidio asistido

La atención a los moribundos en los hospitales.

¿Se pueden usar analgésicos que causen la pérdida de la conciencia para aliviar el dolor intenso?

¿Tiene sentido el sufrimiento humano?

Ayuda a los moribundos

¿Debemos siempre prolongar la vida por cualquier medio?

El suministro de agua y alimentos por medios artificiales

¿Cuál es el objetivo del movimiento en pro de la eutanasia?

La eutanasia y el suicidio asistido no son aceptados desde el punto de vista secular

¿Cómo refutar los argumentos a favor de la eutanasia y el suicidio asistido?

Defender el don de la vida

Organizaciones que luchan contra la eutanasia y el suicidio asistido

Eutanasia y deontología

Declaración sobre eutanasia

Dignidad del moribundo, eutanasia y suicidio asistido.

- Geocities, publicó una información titulada: “Condición Legal Actual de la Eutanasia” cuyo contenido dice así:

Canadá: El suicidio es legal pero nunca un médico puede ayudar en él. Una ley para permitir la eutanasia podría crearse en el nivel federal y se aplicaría a lo largo del país: hay un alto número de caso que involucran enfermos terminales que han buscado asistencia técnica para el suicidio. El gobierno parece estar evitando discutir este punto.

Estados Unidos: Los ciudadanos del Estado de Oregon aprovecharon la medida (16 de noviembre de 1994) que legaliza la eutanasia bajo condiciones limitadas. El Nacional Right to Life Committee (Comité por el Derecho Nacional a la Vida). El 7 de marzo de 1996, la Novena Corte de Circuito de Apelaciones declaró inconstitucional una ley de Washington que criminaliza al médico que ayudara a pacientes. La Corte mandada por una mayoría de 8 a 3 dijo que la ley infringía el derecho a la libertad y a la protección, igual garantizada por el artículo 14 de la Constitución de los Estados Unidos.

“No State shall make or enforce any way shall abridge the privilege or immunities of citizens” (Tr. Ningún Estado hará o impedirá leyes que abrevien los privilegios o inmunidades de los ciudadanos).

Los Estados tienen sus leyes específicas que criminalizan el suicidio asistido. este artículo sólo es acatado por los territorios occidentales: Alaska, Arizona, California, Guam, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, Islas Marianas, Oregon y Washington.

La Corte dijo: “Cuando los pacientes ya no pueden perseguir la libertad y no desea tener la vida, el rigor del estado para mantenerlos vivos es menos obligatorio. El adulto enfermo terminal, habiendo vivido aproximadamente toda su vida tiene un interés fuerte en la libertad de elegir una muerte humana y dignificada en vez de ser reducido al estado de un niño, estado de impotencia, pañal, sosiego e

incompetencia". La decisión fue condenada por la Asociación Médica de estadounidenses, la iglesia Católica Romana. Los activistas del SIDA la recibieron con entusiasmo.

El 3 de abril de 1996, la Segunda Corte del Circuito de apelaciones declaró anticonstitucional una ley del estado de New York que criminalizaba al médico que ayudara al suicidio, a pacientes terminales. Un jurado de tres jueces encontró que la ley infringe la protección igual garantizada en el artículo 14 de la Constitución de Estados Unidos. Este reglamento únicamente afecta tres Estados: Connecticut, New York y Vermont.

El 18 de abril de 1996 la Fiscalía General de la República del Estado de New York pidió que el reglamento se suspendiera por un tiempo corto mientras el Estado apelaba la decisión a la Corte Suprema; esta ha decidido oír el argumento en enero de 1997 y dar su decisión probablemente a mediados de 1997.

Australia: El territorio norteño paso una ley, el 25 de mayo de 1995, que se sintió, el 16 de junio de 1995. Permitir la eutanasia activa bajo cuidadosos controles en 1999, cuando ciertos requisitos previos se hagan. este territorio consiste en 1/6 de la masa terrestre de Australia, pero sólo tiene una población de 168.000 habitantes, la ley comenzó como una cuenta de miembro privado Rights of the Terminally III Bill 1995 (Derechos del proyecto de Ley de los Enfermos Terminales 1995), patrocinado por Marshall Derron, era rechazado por la Asociación Médica Australiana y una variedad de grupos de "Derecho a la Vida". Un voto de conciencia permitió que los miembros fueran libres para votar independiente de la disciplina del partido. El nombre original se conservó. La ley llamada "Los derechos del Acto del Enfermo Terminal" fue puesta en marcha el 1

de julio de 1996, otros proyectos de Ley fueron introducidos en otros Estados Australianos.

Una encuesta conducida por Newpoll en julio de 1995 encontró que el 81% de los adultos australianos apoyaron voluntariamente la eutanasia. Esta encuesta presenta un aumento frente al resultado de julio de 1994 donde se apoyó con un 79%.

Una votación por el Roy Morgan en el Centro de Investigaciones, en junio de 1995 mostró resultados similares 78% a su favor.

Éste presentó un aumento de 66% en 1986. Una votación separada mostró que el 60% de los doctores y el 78% de las enfermeras en Victoria favorecieron la eutanasia. Una votación adicional se tomó entre 6500 congregaciones cristianas representando 19 denominaciones. Ellos encontraron que el 40% se mostró de acuerdo con el suicidio asistido para enfermos terminales 30% se opuso, 30% no sabe, no respondió. Entre creyentes más viejos, el apoyo era más alto, 50% de los 60 años en adelante. Bob Dent de 66 años fue la primera persona en aprovechar la nueva ley. Se había trasladado al norte como misionero de una iglesia de Inglaterra (episcopal-anglicana), se llegó a desilusionar con la política dentro de la iglesia y dejó su llamado para llegar a ser una construcción de estimación. Le diagnosticaron cáncer en 1991 y luego se convirtió al budismo. Escribió una carta diciendo "Si usted difiere con la eutanasia voluntaria, entonces no la use, pero por favor no me niegue el derecho". Dijo que ningún grupo religioso debería exigir que se comportara con sus reglas y aguantaría su dolor intratable e innecesario, hasta que algún médico en su omnisciencia decidiera que ya había tenido suficiente y aguantaría la morfina hasta morir. En presencia de su esposa y el médico inició el proceso con una inyección mortal de droga.

El Reverendo Harry Goodhew, arzobispo anglicano de Sydney denunció el caso el 7 de octubre de 1996 y dijo: “La forma moral de nuestra nación está bajo amenaza con la primera eutanasia legalmente sancionada en el norte, y así es la relación entre doctores y pacientes. Ahora se ha mostrado que significa esto (sic) doctores son los que salvan vidas, pero bajo la ley nortea ellos también son quienes matan... Nosotros debemos sentir una congoja profunda por quien muere y también comprender el dolor humano que trajo esta conclusión en la vida de un hombre. Pero, por estos hechos no se puede permitir que nos persuada que esta acción tuvo razón. El agravio es moral. No se puede aprobar desde ningún punto de vista.

Un segundo enfermo terminal tuvo asistencia médica para morir el 7 de enero de 1997, era Janet Mills, de 52 años, que sufría de una forma rara de cáncer de la piel que le ocasionaba su desintegración: El decano anglicano de Sydney Boak Jobbins dijo que esta muerte, era otro día de vergüenza para Australia. Dijo claramente: “Somos una nación que ha llegado al final de sus recursos... no tenemos más cosas para ofrecer al enfermo terminal, al anciano o al incapacitado fuera de una salida rápida con una aguja. El 25 de marzo de 1997, el Senado Australiano rechazó la ley de la provincia nortea. El voto fue 38 a 33. Esto convirtió el proyecto en ley, había sido ya aprobada por las condiciones más bajas. Esta acción viola la opinión pública. Además de los resultados encontrados, una votación de las enfermeras por toda la nación, mostró que el 70% estaba a favor.

Camboya: Un individuo al que se le negaba el perdón por haber matado, presentó una demanda con la intención de borrar todas las referencias de la eutanasia en la ley de Columbia, la demanda petardeó. El 20 de mayo de 1997, la Corte Constitucional legalizó la eutanasia para enfermos terminales que dan claramente

su aquiescencia, con una votación de 6 a 3. Los jueces ahora tendrán que hacer la reglamentación y considerar cada caso separadamente.

Holanda: La eutanasia en este país fue aprobada por el parlamento en el año 2002.

Japón: El 28 de marzo de 1995, la Corte del Distrito de Yokohama encontró culpable a un doctor de asesinar a un paciente con cancer terminal que esperaba morir en unos pocos días. Recibió una condena de dos años de prisión, que se suspendió. La Corte entonces enunció cuatro condiciones bajo las que se permitía la eutanasia en Japón.

El Paciente sufre un dolor físico inaguantable.

La muerte es inevitable e inminente.

Se han tomado todas las medidas posibles para eliminar el dolor.

El paciente ha expresado claramente su consentimiento.

El Juez dijo que la acción del doctor Tokunaga, no reunió todas las condiciones, discutieron que el paciente no había hecho expresiones claras sobre un dolor físico, ni había dado su consentimiento. La acción del médico no se podía considerar eutanasia y representa una terminación ilegal de la vida del paciente.

EVOLUCION HISTORICA DE LA EUTANASIA

Según WILLKE; J.C., eutanasia es cuando el médico mata al paciente. Calificar la eutanasia llamándola activa o pasiva, directa o indirecta, voluntaria o involuntaria o suicidio asistido, sólo logra confundir.

Hipócrates vivió en el siglo IV antes de Cristo. Hasta entonces, el médico cumplía doble función: curar y matar. La gran contribución de Hipócrates, que pasó a la era cristiana y guió la profesión de médico durante los dos siguientes milenios fue la de separar la función de curar y la de matar del médico. A partir de entonces el médico sólo curaría. A través de los siglos el juramento hipocrático ha contenido la frase “primun non nocere”, (en primer lugar no hacer daño).

Con el aborto y el apresuramiento para legalizar la eutanasia, los médicos trágicamente han vuelto a asumir esa doble función.

- El Precio de la Vida: Cuando se da el paso gigantesco de ponerle precio a la vida juzgando que tiene solamente un valor relativo, el resultado es fatal, por que los precios pueden ser rebajados. Los nazis los rebajaron; Holanda los rebajó, el aborto ha demostrado lo mismo. Cuidado con cometer errores, las consecuencias pueden ser terribles. Recordemos a William L. Shirer que entrevistó a un Juez nazi procesado y condenado a muerte en Nuremberg. el Juez lloraba diciendo: ¡Cómo puede suceder algo así? El señor Shirer respondió “Señor Juez, sucedió la primera vez que usted autorizó matar una vida inocente.”
- Tubos y más Tubos: Los partidarios de la eutanasia no dudan en acusar a los médicos de no permitirle al paciente morir en paz. El típico cuadro que presentan es el de un anciano atado a una cama agonizando, con constante dolor y con tubos en todos los orificios naturales de su cuerpo y en algunos artificiales. El médico

porque no quiere admitir que ha perdido la batalla para salvar una vida. Una observación común entre personas retiradas “no quiero que se me mantenga vivo con todos esos tubos y mediante tratamientos caros y dolorosos”.

- Mejor un cuidado compasivo: Años atrás los tratamientos capaces de salvar vidas eran limitados. Con mucha frecuencia, la misión del médico consistía en reconfortar y eliminar el dolor mientras el paciente se dirigía a una muerte inevitable: más adelante con el desarrollo de antibióticos, cirugías más adelantadas, unidades para terapia intensiva y coronaria, nuevos fármacos, han hecho posible evitar la muerte. Para los médicos hubo un largo proceso de aprendizaje, desde los excesos para mantener viva demasiado tiempo a una persona agonizante hasta aprender a desistir y permitir que ocurra la muerte natural. Hoy casi todos los médicos saben tratar muy bien a sus pacientes en fase terminal.
- Unidades para Cuidados intensivos: ¿Es la unidad para Cuidados Intensivos (U.C.I.) , un lugar tan aterrador y doloroso que los pacientes no quieren volver al mismo? Un estudio importante arroja luz sobre esto. A pacientes ancianos que fueron previamente tratados en una unidad para cuidados intensivos, se les preguntó si estaban dispuestos a someterse nuevamente a un tratamiento de la UCI si el mismo prolongaba su vida de la mejor manera posible, durante diez años, el 96% respondió que sí. El porcentaje permaneció alto cuando se les hizo la misma pregunta pero reduciendo el tiempo a 5 años, 2 años, 1 año o seis meses. El 76% dijo sí aunque se le prolongara la vida durante un solo mes.
- Biológicamente Tenaces. Los pacientes en fase terminal acaban muriendo, aunque los partidarios de la eutanasia hablan constantemente sobre esos casos, no es su verdadero objetivo. Son más bien aquellos que se piensa que deben morir, pero

que no mueren...los biológicamente tenaces. Por lo general, tales personas no sufren dolor y sus vidas no dependen de aparatos terapéuticos, pero son a juicio de muchos, una carga para la sociedad. Se trata de personas con enfermedad vascular cerebral, esclerosis múltiples, enfermedad Lou Gehrig, daños cerebrales, tetraplegia, etc.

- El Dolor: La bibliografía en favor de la eutanasia enfatiza constantemente en el dolor constante, imposible de aliviar, insoportable, agonizante. Salvo raras excepciones, el dolor físico se puede controlar. Un sano consejo cuando se confronta el problema de que el ser querido padece dolor constante es “Busque otro médico”. Si el médico propio no puede controlar el dolor, busque otro que lo haga. “El reclamo de que el dolor físico agudo es una razón válida para matar a un paciente no tiene fundamento”. El segundo tipo de dolor que constituye la razón principal por la cual hay algunas personas que pueden llegar a sentir deseos de ser eliminados, es el dolor emocional, la desesperación, la pérdida de la esperanza, la falta de amor, la angustia, la soledad, la pérdida de la dignidad, cansarse de la vida y no querer depender de otros.
- El Suicidio: El suicidio entre aquellos que padecen serias discapacidades prácticamente no existe. Son las personas “normales” a su alrededor las que consideran que su calidad de vida es inaceptable y desean su muerte. Salvo raras excepciones, los que cometen suicidio han visitado a un médico el mes anterior. Sus quejas más comunes fueron: insomnio, falta de apetito, fatiga y otros síntomas típicos de la depresión clínica. Desgraciadamente, muchos médicos no diagnostican ni tratan una depresión latente. Generalmente, los pacientes que tienen deseos de morir comparten estos sentimientos con personas de su entorno. Si después de consultar sus preocupaciones continúan sintiéndose de esa manera y

llegan a pedir el suicidio o lo cometen dependerá mucho de la respuesta que reciban de estas personas.

- **Alimento y agua:** Los cuidados básicos consisten en hacer que el paciente se encuentre cómodo y suministrar atención médica y cariño. Esto incluye sábanas limpias habitación acogedora, una sonrisa, baño, posición apropiada, almohadas, alimento, agua, y cuidados personales. Los cuidados terapéuticos incluyen el uso de fármacos, cirugía y otros cuidados dirigidos a curar una enfermedad, reparar una lesión, extirpar un tumor, etc. La terapia puede ser dividida entre la habitual, como dar antibióticos, entablillar una extremidad a consecuencia de una fractura, operar el apéndice, cirugía de corazón abierto, trasplantes de órganos, etc. El cuidador ha sido considerado siempre negligente, si no brinda el cuidado básico, es su deber. El tratamiento extraordinario nunca ha sido obligatorio y ha sido juzgado a la luz de muchos factores.
- **Prioridades Confundidas:** Algunos ahora han cambiado el alimento y el agua de la categoría de “cuidados básicos” a la de “tratamiento”, por lo tanto si se toma la decisión de mantener el tratamiento, el alimento y el agua pueden ser retirados. Si el médico retira la terapia, el paciente puede morir. Si el médico retira el alimento y el agua el paciente siempre muere y de forma dolorosa. Retirar el alimento y el agua no implica “déjalo morir” , implica hacer que muera. ¿Alimento y agua? Cuando un paciente es incapaz de tragar, hay otros medios de darle alimento y agua. Los sueros intravenosos se utilizan temporalmente durante el período post-operatorio; después se puede suministrar alimento y agua durante semanas a través de un tubo naso-gástrico. Si el paciente tiene incapacidad permanente para tragar se le puede insertar un tubo en el estómago, a través de la cavidad abdominal. Esto proporciona la paciente una forma permanente, conviene e indolora de

alimentarse. La alimentación por medio de estos tubos es un método limpio, barato, efectivo y se utiliza compuestos lácteos especiales. No manchan la ropa y el cuidador sabe exactamente la cantidad de alimento administrada. Los partidarios de la eutanasia etiquetan los métodos anteriores como “alimentación artificial”, cuando en realidad son métodos de administración artificial de alimentos.

- Es legal en Holanda: Desde que se legalizó la eutanasia en Holanda, lo que comenzó aplicándose solo en casos extraordinarios, se ha transformado en rutina. Veinte mil de las ciento treinta mil personas que mueren cada año en ese país son matadas o ayudadas a morir por médicos. La mitad de las mismas no pidieron morir. Estas incluyen ahora recién nacidos, cuya calidad de vida se considera deficiente y adultos (incluso adolescentes) depresivos en buenas condiciones físicas. Miembros de una organización visitan rutinariamente a los ancianos hospitalizados para revisar sus casos y prevenir que sus médicos los maten. La asociación holandesa de pacientes, hizo una advertencia en la prensa denunciando que, en muchos hospitales los pacientes son eliminados sin su consentimiento, ni el de sus familiares. El anuncio aconsejaba a los pacientes y a sus familiares informarse cuidadosamente sobre cada paso en el tratamiento y, en caso de dudas, consultar a un experto confiable fuera del hospital. Los jueces han establecido los requisitos que deben ser cumplidos antes de que un médico mate a un paciente. Los mismos incluyen peticiones para morir voluntarias y repetidas, dolor incontrolable, fuerza mayor (el médico no tiene otra opción), testigos y dos médicos que lo corroboren. Pero pocos de estos requisitos son considerados y el requisito de petición voluntaria por una persona en el uso de sus facultades mentales, hecho repetidamente, ha sido rutinariamente ignorado.

- **Cambié de Idea:** Lo que el anciano dice en la reunión de la Iglesia o aún en el consultorio del médico no necesariamente lo mismo que dirá el paciente cuando realmente se tenga que enfrentar con la posibilidad de morir. La vida a pesar de sus limitaciones es un bien al que la mayoría se aferra.
- **Necesidad de educar:** Cuando más la gente sabe sobre el cuidado de los pacientes terminales y los pro y los contra de la eutanasia, menos la apoyan. Entre los médicos el apoyo a la eutanasia es mayor que entre aquellos que menos saben sobre ella.
- **Otras razones:** Los médicos con frecuencia se equivocan al determinar que un paciente va a morir. Cuando los únicos testigos vivos son el médico y aquellos que quieren que el paciente muera ¿Quién confirmará que el paciente realmente pidió morir? Si la sociedad aprueba la eutanasia ¿Cuántos ancianos la pedirán para dejar de ser una carga para nuestros seres queridos? ¿Es de verdad voluntaria lo que llamamos eutanasia voluntaria? Los médicos y la familia pueden presionar a un paciente vulnerable para que pida la muerte. En Holanda todo el progreso logrado para ofrecer cuidados paliativos de calidad ha desaparecido y sólo quedan unos cuantos centros; mientras que en Inglaterra, donde la eutanasia es prohibida, hay más de 300. Debido al costo que supone atender al creciente número de ancianos en EE. UU. los cuidados paliativos de calidad estarían cada vez menos disponibles, si la eutanasia fuese legal.
- **Resumen:** Supuestamente, la eutanasia resuelve un problema en nombre de ideales de compasión y autonomía. Pero sus defensores promueven medidas que a pesar de sus buenas intenciones resultan coercitivas y crueles. Si logran su propósito, esa actividad deshumanizará a los ancianos tanto o más que cualquier otro abuso indiscriminado de la tecnología médica. La tragedia que recaerá sobre los

pacientes depresivos y con tendencias suicidas, sólo será igualada por la que vivirán los enfermos terminales, particularmente los ancianos y las personas pobres. El suicidio asistido y la eutanasia se trasformarán en la forma rutinaria de tratar las enfermedades graves y terminales, como ya ocurre en Holanda; y los cuidados paliativos serán recortados para todos. “Cuando los pacientes terminales reciben cuidados paliativos apropiados y apoyo afectivo, el deseo de suicidarse desaparece”.

- El Papel del Médico: Durante más de 2000 años la gente ha confiado en sus médicos. Esta confianza ha sido severamente socavada por el aborto legal. Por favor que no se continúe destruyendo esa confianza signándoles nuevamente el papel de verdugos. Las Asociaciones de Médicos de EE.UU. Australia y Canadá, han condenado la eutanasia.

DATOS VARIOS ACERCA DE LA EUTANASIA

La agencia noticiosa Reuter, publicó una noticia el día 25 de septiembre de 2003 que aparece en Yahoo en Español, noticias, en donde la periodista Catherine Bremer expresa: Tetrapléjico desafía a Chirac con un intento de eutanasia.

París (Reuter) Un año después de que el Presidente francés Jacques Chirac rechazara la petición de morir de un ciudadano francés paralizado de las cuatro extremidades, mudo y ciego tras un accidente, permanece en cuidados intensivos y su madre bajo custodia policial tras un intento de eutanasia.

A un debate sobre suicidio, asistió en Francia, la madre de Vincent Humbert, de 22 años quién trató de cumplir, el deseo de su hijo, inyectándole barbitúrico a través del suero intravenoso, dijo su abogada Hughes Vigier.

Los médicos del centro de parálisis Berck-Sur-Mer en la costa norte de Francia estaban luchando para salvar a Humbert, quién permanecía hospitalizado tras un accidente automovilístico en el año 2000, donde perdió la vista, el habla y el uso de sus extremidades, quedando en cama durante nueve meses.

“Ha hecho la cosa más terrible que una madre puede hacer y todavía lo ve como algo maravilloso por lo que él deseaba tan fervientemente” dijo la abogada Vigier a la televisión.

El intento de acabar con su vida coincide con la publicación de su libro “Pido el derecho a morir”, que Humbert, escribió con un gran esfuerzo utilizando un movimiento vacilante en un dedo pulgar.

Su madre, Marie Humbert, dijo al diario Le Parisien que planeaba ayudar a su hijo a morir en una fecha que ambos habían fijado a pesar del hecho de que el suicidio asistido es ilegal en Francia.

Como Jefe de Estado, Chirac tiene el derecho a perdonarla “La cosa más dura para mí, será que no podré ser más su madre, ni tocarlo nunca más: Pero si no lo hago, no podré mirarme al espejo” , dijo al periódico.

“Cuando todos los días tu hijo te dice: “Mamá no puedo soportar sufrir más. Te suplico que me ayudes”, ¿Qué harías en mi lugar?, si tengo que ir a la cárcel, iré.

Humbert utilizó su dedo pulgar para escribir una carta a Chirac en noviembre de 2002 suplicándole una explicación a la prohibición de la eutanasia, de forma que su madre pusiera fin a sus sufrimientos.

“Usted tiene el derecho para perdonar y le pido el derecho a morir. Quiero que sepa que usted es mi última oportunidad”, escribió explicando que no podía soportar más ver a su madre trabajando día y noche al lado de su cama.

El libro de Humbert sale a la luz seis años después de que la emocionante autobiografía “La Campana de Buzo y la Mariposa”, escrita en el mismo hospital de Berk-Sur Mer por el ex editor de la revista “Elle” Jean Dominique Bauby que fue ingresado tras sufrir un accidente cerebrovascular que sólo le permitía mover los párpados para seleccionar las letras de cada palabra.

Bauby, quien murió por causas naturales pocos días después de la publicación de su libro, detalla la agonía de la parálisis completa, con líneas como “De momento sería el hombre más feliz si sólo pudiera deglutir la saliva que cae sin fin de mi boca.”

PANAMA: El tabloide “El Siglo” bajo la responsabilidad del periodista Luis Gaitán V., en la sección CRÓNICA, edición de miércoles 14 de mayo de 2003, publicó la noticia titulada “Donan órganos de joven fallecida en accidente, la cual dice:

David. En un gesto verdaderamente altruista, familiares de la joven Liliana Rodríguez, quien se encontraba en estado de muerte cerebral, decidieron donar sus órganos para trasplante.

El 10 de mayo a las dos de la madrugada, se le desconectaron los equipos y fue declarada oficialmente muerta. La joven sufrió un accidente de tránsito al colisionar una bicicleta con un vehículo, a la altura de Cuervito el pasado 3 de mayo. La joven iba como pasajera en la bicicleta, al momento de la colisión con un Chevrolet sedán color blanco, con placa 1,586,38 conducido por José Ávila.

La joven en principio fue llevada al Hospital Dionisio Arrocha y de ahí trasladada al Hospital Regional de David donde estuvo en la sala de cuidados intensivos por una semana.

El doctor Hugo Moreno señaló que la joven falleció. El equipo de neurólogos determinó la muerte cerebral. Esta fue sometida a una tomografía axial computarizada y se determinó un hematoma sub- dural agudo producto de un fuerte traumatismo cráneo encefálico.

Moreno dijo que el sábado se explicó a los familiares, del programa de donación de órganos y ellos accedieron. Ese mismo día llegó un equipo especializado quirúrgico

(Sic) procedente de Panamá, para llevar los órganos para trasplante renal a quiénes así lo necesiten.

“Fueron los padres quienes accedieron a donar los órganos” acotó. “Es toda una serie de circunstancias (Sic), equipos y exámenes que se hacen para determinar la viabilidad de donar los órganos”, acotó el declarante.

En la declaración del jueves 10 de junio de 2003 el diario “El Siglo” contiene una noticia de la Associated Press titulada “Hombre despierta tras 19 años en coma”. La noticia es del tenor literal siguiente: “Un hombre recuperó la conciencia luego de pasar 19 años en coma y saludó a su madre que estaba a su lado.

Él comenzó diciendo “Mamá” y la sorprendió, tras lo cual dijo “Pepsi” y luego “leche”, dijo el martes Alesha Badgley funcionaria del Centro de Rehabilitación y cuidados del Condado Stone “ Y ahora dice lo que quiere”.

Terry Wallis de 39 años, había estado en el centro médico desde que sufrió un accidente automovilístico en julio de 1984.

La esposa de Terry, Sandi dijo que éste iba con un amigo cuando el auto en el que viajaban se cayó a una hondonada. Ambos fueron encontrados, el amigo muerto y Wallis comatoso.

La hija de Wallis, Amber había nacido poco antes del accidente y a la fecha tiene 19 años. “Wallis dijo que quiere volver a caminar por ella”, termina diciendo la información periodística.

OPINION VATICANA

En el Suplemento “Ellas” del viernes 19 de septiembre de 2003, que publica el diario “La Prensa” aparece una noticia denominada “Defender La Cultura de la Vida” en dónde se lee lo siguiente:

“Juan Pablo II afirmó que frente a la cada vez más difundida cultura de la muerte es necesario proclamar “la vida” defenderla , cuidarla y dignificarla sobre todo entre los más desamparados.

El llamamiento a la defensa de la vida la hizo en la audiencia que concedió en su residencia de verano en Castelgandolfo, al capítulo general de las misioneras claretianas, ante las que resaltó el servicio misionero tiene que ser vivido en el camino de la entrega hasta la cruz, como el Señor dejó trazado para sus seguidores.

El Papa felicitó al español Joseph María Battle recién elegido superior general de las misioneras hijas del Inmaculado Corazón de María más conocidas como claretianas.

“Cuando en el vasto horizonte de la sociedad se vislumbran no pocos signos de una difundida cultura de la muerte es necesario proclamar al Dios de la Vida. Son momentos (los actuales) en que la vida, inmenso don del Padre ha de ser defendida,

cultivada y dignificada sobre los más desamparados, a través de una palabra de esperanza y de abnegación gestos de acogida y solidaridad” dijo el Papa”.

MUERE VINCENT HUMBERT

En un despacho de la agencia noticiosa AP, Reuters, desde Francia, comprendido en la sección Visión Mundial del periódico de circulación nacional “El Panamá América” del jueves 2 de octubre de 2003, aparece publicada la siguiente noticia:

“Muerte del joven Vincent Humbert, abre debate sobre eutanasia. El gobierno francés informó ayer que apoyará para que el Congreso debata la posibilidad de legalizar la eutanasia, y un ministro sugirió que la práctica no es tan infrecuente como se piensa.

Mientras tanto se realizó en esta ciudad, el funeral del joven Vincent Humbert que murió el viernes pasado luego de pedirle a su madre que le ayudara a suicidarse.

Al planear su muerte, Humbert pensó también en su funeral: pidió que se escuchara su canción favorita, y se le cremara en una ceremonia tranquila.

No podía moverse, hablar, ni ver. Solo el dedo pulgar de su mano izquierda tenía movimiento.

Humbert de 22 años, murió dos días después que su madre supuestamente le inyectara barbitúrico, durante una visita al hospital.

La policía ha cuestionado el proceder de la mujer que enfrenta la posibilidad de ser investigada formalmente.

El Presidente de la Asamblea Nacional Jean Louis Debre aseguró que el Parlamento estudiará el tema, una decisión que el gobierno pareció respaldar.

“Naturalmente estamos muy abiertos a un debate” sostuvo ayer el portavoz gubernamental Jean Francois Cope.

Al parecer reconociendo que la eutanasia se ha expandido, el Ministro de Relaciones Sociales, Francois Fillon manifestó que se necesitan normativas éticas para encuadrar las prácticas que ya son muy numerosas en la realidad, pero que son realizadas en el anonimato y silencio.

Durante la ceremonia el padre de Humbert, Francois Humbert compartió el último mensaje de su hijo, que decía “Quiero que ellos acepten mi partida como algo simple y muy natural”.

En Europa Occidental sólo Bélgica y Holanda permiten la eutanasia, aunque con fuertes limitaciones legales, pero la muerte de Humbert impulsó un nuevo debate en Francia.

Un músico francés aseguró ayer que había desconectado el equipo que mantenía con vida a un joven paralizado, por un accidente y reconoció que la muerte asistida por un “profesional de la salud” probablemente ocurría a diario en Francia.

La confesión de Frederic Chaussoy alimentará el candente debate sobre eutanasia. Chaussoy a quien la policía interrogó antes del entierro de Humbert podría encarar una investigación formal.

Me responsabilizo por este acto. Fue una decisión triste, pero cuidadosamente pensada y tomada con serenidad y respeto por el paciente “ dijo Chaussoy a Radio Europa.

“Sabemos mentir muy bien. Lo hacemos frecuentemente y podíamos haber continuado con la tradición de hipocresías , pero en este caso es mejor decir la verdad” agregó.

Chaussoy desconectó el respirador artificial, un día y medio después que la madre de Humbert fracasara en quitarle la vida, sumiendo a su hijo en un estado de coma profundo y dependiendo de equipos con apoyo vital.

Cuando se les preguntó a otros médicos en Francia si se atreverían a desconectar los equipos de apoyo vital con lo que se mantiene la vida a enfermos en la fase terminal Chaussoy contestó “Probablemente sí”.

Humbert, ocupó un año la primera página de muchos diarios cuando escribió al presidente francés Jacques Chirac, pidiéndole que permitiera a su madre que le quitara la vida, pues había quedado mudo, ciego y paralizado, además de padecer un dolor constante.

CASO TERRY SCHIAVO

La agencia española de noticias EFE, en un cable venido de Miami, emitió la siguiente noticia: “Caso de mujer en coma causa debate constitucional”. La orden sin precedentes del gobernador Florida Jeb Bush de conectar de nuevo a una mujer a una máquina que la mantuvo con vida durante 13 años; generó ayer críticas por supuesta inconstitucionalidad. “Creo que es inconstitucional. Coloca al gobernador en capacidad de tomar decisiones que sólo son de la familia y viola la separación de poderes”, dijo el congresista demócrata Dan Gelbert.

“No se le pueden conceder poderes al gobernador para que pase por encima del poder judicial, esto es una democracia, no una monarquía,” agregó refiriéndose a la orden de reinsertar el tubo de alimentación que alimentaba a Terry Schiavo, de 39 años, que fue retirado tras una orden judicial.

Los padres de la mujer, Bob y Mary Schindler, han mantenido una batalla legal durante cuatro años en torno a la supuesta negativa de Terry, según su cónyuge, a ser mantenida con vida artificialmente.

- CRITICAS:

Mientras algunos críticos de la decisión del gobernador Jeb Bush argumentan que ésta se tomó por razones “emocionales y electorales”, otros como Lawrence Tribe, de la Universidad de Harvard, dicen que viola un dictamen del tribunal supremo de Estados Unidos.

Según el académico, la determinación de Jeb Bush hermano menor del Presidente de Estados Unidos, contraviene una decisión de ese tribunal de 1990, sobre un caso similar en el Estado de Missouri.

Ese año el tribunal permitió la muerte de Nancy Cruzán, quién había pasado siete años recibiendo alimentación a través de un tubo. Ya que habían pruebas claras y convincentes de que eso era lo que la mujer quería.

En el caso de Schiavo, su marido sostiene que este siempre fue el deseo de su esposa y la mayoría de los médicos que han intervenido en los tribunales, han afirmado que Terry está en estado vegetativo.

George Felos, abogado del esposo de Schiavo, dijo que la ley es inconstitucional. “Su dignidad y sus derechos personales (de Terry Schiavo), han sido pisoteados absolutamente,” dijo Felos en el programa “Today” de la cadena NBC. “Creemos que tarde o temprano y esperamos que sea temprano, una Corte determinará que esta ley es inconstitucional.

El esposo de Schiavo, Michael, se ha enfrentado desde 1998, a los padres de su esposa Robert y Mary Schindler, para que permitan que su hija muera, alegando que la enferma se encuentra en un estado vegetativo irreversible y que nunca había querido vivir en esas condiciones.

Schiavo, cuyo cerebro está dañado gravemente, se ha mantenido viva gracias a una sonda de Levin, mediante la cual la han alimentado desde que sufriera un ataque cardíaco en 1990.

Schiavo, la mujer estadounidense en coma desde hace trece años que volvió a recibir alimentación asistida por orden del gobernador de la Florida Jeb Bush, seguir siendo rehidratada ayer, pero su estado era una incógnita tras pasar seis días desconectada de la vía alimentaria.

Clearwater, Florida EE.UU. (AP)- Actuando por orden del gobernador Jeb Bush, un hospital comenzó a suministrar fluidos a una mujer en coma, seis días después que el tubo de alimentación fue retirado en una larga y enconada batalla por el derecho a morir.

Un juez rechazó el pedido del esposo de la mujer, de revertir la orden del gobernador. El hecho representa una victoria para los padres de la paciente Terry Schiavo, quiénes han luchado durante años para mantenerla con vida. El esposo de la mujer, Michael Schiavo, ha dicho que es mejor dejarla morir y que es lo que ella desearía.

Los legisladores estatales enviaron el martes a Bush una iniciativa que le dió el poder de ordenar la reinserción del conducto de alimentación, el cual fue retirado, tras el dictamen de un tribunal a favor del marido. Los médicos habían dicho que la mujer de 39 años, moriría en el lapso de una semana y diez días, al carecer de alimentación y agua.

Los legisladores estaban convocados para una sesión especial sobre desarrollo económico, cuando decidieron intervenir en el caso. La legislatura aprobó la ley por 73 votos contra 24, luego que el Senado la apoyó por un margen de 23 contra 15. George Felos, abogado de Michael Schiavo, emprendió algunas acciones para evitar la promulgación, incluso antes que Bush reviviera la iniciativa.

Felos quien considera que la legislación es inconstitucional, solicitó una orden judicial contra la iniciativa, pero un juez la negó por algunos aspectos técnicos.

Los médicos nombrados por el Tribunal han dicho que Schiavo se encuentra en estado vegetativo, tras un paro cardíaco sufrido en 1990, aparente a causa de un desequilibrio bioquímico.

HOLANDA PRIMER PAIS QUE LEGALIZA LA EUTANASIA

Un estado noticioso expedido en Buenos Aires Argentina el día 10 de abril de 2001, recogido por Terra, Actualidad Internacional, cuyo título es “Holanda, primer país que legaliza la eutanasia”, expresa que:

“Holanda se convirtió en el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, la polémica ley que permite a los médicos ayudar a los pacientes a morir, luego de que la Cámara Alta lo aprobase.

El senado dio el último paso para la legalización de la eutanasia, al votar mayoritariamente una ley que reglamenta bajo estrictas condiciones. Según la agencia

de noticias holandesa ANP, 46 senadores votaron a favor de la ley y 28 lo hicieron en contra.

De esta manera Holanda se convierte en el primer país de mundo en dar ese paso tras 25 años de debates internos. La ley ya había sido aprobada previamente por la Cámara Baja Holandesa el pasado mes de noviembre, por lo que esta votación supone el último trámite para la legalización definitiva. Para que entre en vigor deberá ser firmada por la Reina Beatriz.

Lleva como título “Prueba de petición de terminación de la Vida y ayuda al Suicidio”, y en ella se indica que no se podrá perseguir a los médicos que practiquen la eutanasia. El cambio más importante que introduce la ley (ya se consentía en la práctica), consiste en la aplicación de un mejor control de los casos por parte de una comisión que juzgará al médico.

La ley determina que los médicos pueden acceder a una solicitud para terminar con la vida de un paciente que sufre de manera insoportable o sin perspectiva de vivir siempre y cuando el enfermo lo pida de manera voluntaria y deliberada y que el facultativo actúe según reglas muy estrictas.

Las personas que no padezcan una enfermedad grave y que no desean seguir viviendo no podrán acogerse a esta ley. El médico estará obligado a comunicar una eutanasia practicada por él a una comisión que controlará todos los casos que se produzcan y que sólo podrá recurrir al Ministerio Fiscal en casos de duda.

A los menores de edad también se les incluye en el texto y se afirma que los de 16 a 17 años podrán decidir independientemente, aunque se tendrá en cuenta la opinión de los padres, mientras que en los que tengan 12 y 16 años necesitarán de la aprobación de sus progenitores o tutor.