

UNIVERSIDAD ISALUD

CARRERA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
LEGAL AÑO 2008-2009

TRABAJO FINAL INTEGRADOR:

“LA EUTANASIA Y EL DILEMA LEGAL, BIOETICO Y
RELIGIOSO EN LA ARGENTINA”

AUTOR: CLAUDIO JOSE GARCIA
PROMOCION: AÑO 2009

BUENOS AIRES, MAYO DE 2010

“LA EUTANASIA Y EL DILEMA LEGAL, BIOETICO Y RELIGIOSO EN LA ARGENTINA”

RESUMEN:

La eutanasia como alternativa al fin del sufrimiento humano ha tenido históricamente defensores y detractores. Sus defensores argumentan que los pacientes tienen derecho a la autonomía y a la libre elección de su destino, los opositores opinan que no es ética, moral ni jurídicamente aceptable dar muerte a una persona afectada de un grave sufrimiento o en estado terminal. Este tema es analizado y debatido permanentemente en todo el mundo, siendo legal en algunos países su procedimiento. En nuestro país es una práctica ilegal, pero cada vez se genera más debate a favor o en contra de su realización.

Para la interpretación integral se analizan los aspectos médicos, jurídicos, religiosos y sociales sobre la temática. Se llega a la conclusión que si bien en nuestro país la eutanasia no se encuentra legislada, el principio bioético de “autonomía” debe ser respetado y con ello se genera un dilema en el accionar médico. Surge como principal alternativa a la eutanasia, los cuidados paliativos y la realización de la ortotanasia, entendida ésta como los cuidados no desproporcionados para evitar el dolor y el sufrimiento de un paciente terminal.

Palabras clave: eutanasia, muerte digna, derecho al buen morir, ética médica.

I- INTRODUCCION:

El sufrimiento humano tiene diferentes causas: dolor, malestar físico, aflicción psicológica, etc. El intento de mitigar el dolor es una de las metas más importantes de la Medicina. El debate actual sobre las metodologías modernas para reducir el sufrimiento, lleva forzosamente a tocar el tema de la eutanasia y con ella el dilema relacionado con los valores, la ética, la religión, la moral y la justicia.

Para distinguir la eutanasia del suicidio o del asesinato, debe darse el hecho de quitar la vida a otra persona con la finalidad de poner término a sus sufrimientos y dolores, procurándole una muerte pacífica y sin padecimientos ⁽¹⁾.

Son varias las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales difundidas en estos días, ^(3 y 4) incluso en nuestro país existen estadísticas demuestran que la eutanasia es practicada y que habría profesionales que estarían de acuerdo con una legalización del suicidio asistido, la suspensión de tratamientos o la administración de fármacos que aliviasen el dolor pero que pudieran acortar la vida.

El primer estado en garantizar inmunidad legal a los médicos que practicaban eutanasia (incluso en su forma activa) fue Holanda. ^(2, 5 y 22). En nuestros tiempos casos de gran repercusión mediática generaron posiciones encontradas en la sociedad y nos dan una pauta de la complejidad del tema y de la cantidad de opiniones que generan al respecto. Así vemos en la nota publicada en el Diario La Nación del 23 de octubre de 2003 "Karen Ann Quinlan fue el primer ícono moderno del debate sobre el derecho de morir ⁽²¹⁾. En abril de 1975, cuando tenía 21 años, la joven quedó inconsciente tras ingerir alcohol y tranquilizantes en una fiesta. Quinlan sufrió un daño cerebral permanente y entró en estado vegetativo irreversible. Necesitaba alimentación a través de una sonda naso gástrica y un respirador para seguir con vida. Su padre llevó adelante una batalla legal para que fuera reconocido el derecho a desconectar el respirador que la mantenía viva. Finalmente la Corte Suprema de Nueva Jersey dio la razón y el respirador fue gradualmente desconectado durante mayo de 1976, generando gran polémica. Este caso constituyó el primer fallo que apoyó la suspensión de tratamientos de pacientes terminales en el continente americano" ⁽⁶⁾. Pero Karen siguió respirando y su padre no quería que discontinuaran la alimentación, aunque la Corte Suprema había dado autorización para hacerlo. Karen permaneció en coma por casi diez años, hasta que murió en 1985.

El caso de Terry Schiavo fue analizado por el Diario Clarín en su edición del 31 de marzo de 2005: "A los 26 años en 1990, Terry Schiavo sufre un paro cardíaco en su casa de Florida debido a una disminución de potasio aparentemente relacionada con una estricta dieta. Su cerebro sufrió daños irreversibles. Ocho años después su padre Michael Schiavo pide a un tribunal estatal de la Florida que ordene desconectarla de los soportes que la mantenían con vida. Sus abogados argumentan que la mujer estaba en estado vegetativo permanente sin posibilidad de recuperación y que no hubiera querido seguir viva en esas circunstancias. La trascendencia del caso generó una multiplicidad de intervenciones sociales, religiosas y principalmente judiciales que alternativamente ordenaban la desconexión y la re conexión de la alimentación, a punto tal que se llega en 2003 a que los legisladores de Florida aprueben una ley que da al gobernador, Jeb Bush, el derecho a intervenir en el caso. El gobernador firma la llamada "Ley Terry" y ordena que se conecte de nuevo el tubo de alimentación". En 2004 el Tribunal Supremo de Florida decide que la "Ley Terry" es inconstitucional. En el 2005 el Congreso aprueba una ley que permite a los padres de Terry pedir a un tribunal federal que revise el caso. El presidente George W. Bush firma la ley. Un juez federal y el tribunal de apelaciones de Atlanta fallan en contra de los padres de Schiavo y deciden no conectar el tubo. Todo ello llevó a que finalmente Terry Schiavo

fallezca en un hospital para enfermos terminales de Pinellas Parak (Florida), trece días después de que se le retirara la sonda que la mantenía viva⁽²⁰⁾.

El tema también fue llevado al cine en la película española "Mar adentro" basada en la vida de Ramón Sampedro quien pasó veintiocho años postrado en una cama y tenía como última voluntad de morir dignamente. La historia de Ramón Sampedro tuvo una importante repercusión en ese país por su deseo de acabar con su vida, para ello necesitaba la asistencia de otra persona a pesar de estar penalizada en España la asistencia al suicidio. El juicio que se celebró en 1993 en el que se defendió la legalización de la eutanasia activa recibiendo un gran interés mediático. Se suicidó en 1998 con la asistencia de una persona anónima.

Sumados a éstos se pueden mencionar una gran cantidad de casos de la vida cotidiana en relación a la atención de pacientes críticos, en unidades de cuidados intensivos o bajo régimen de cuidados paliativos, y más aún tratándose de enfermos crónicos o severamente enfermos que padeciendo enfermedades terminales soliciten eutanasia, o la misma se realice sin que lleguen a tener estado público.

II- PLANTEO DEL PROBLEMA:

La vida es un derecho primordial que asiste siempre a todo ser humano. Cuando las condiciones de salud se han perdido y la enfermedad lleva al paciente a una situación terminal, cabe preguntarse si mediante las intervenciones que se realizan se está cuidando la vida o prolongando la agonía.

¿Será entonces válido considerar a la eutanasia como alternativa? Además, si bien la persona tiene derecho a la autonomía y a decidir sobre su propia muerte, es en el médico sobre quien recae la responsabilidad potencial de realizar eutanasia. Este se encuentra ante una disyuntiva de aspectos éticos, religiosos, morales y jurídicos, y la necesidad de cumplir con los objetivos básicos de la ciencia médica, brindando alivio y contención a la persona gravemente enferma.

Se buscará mediante el análisis de bibliografía actualizada conocer distintos aspectos relacionados a la eutanasia. Se tendrá en cuenta que tanto en la sociedad moderna como en la medicina actual se genera un gran dilema, que merece profundo análisis.

OBJETIVOS

1- OBJETIVO GENERAL

- Conocer aspectos religiosos, bioéticos, culturales y jurídicos de la eutanasia y la posición actual de la medicina moderna.

2- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir y clasificar la eutanasia.
- Investigar aspectos de la historia relacionados a la misma.
- Conocer los distintos tipos de eutanasia existentes.
- Describir las legislaciones y marco jurídico en Argentina.
- Conocer legislación de otros países en referencia a eutanasia.
- Evaluar aspectos religiosos y morales sobre el tema.
- Determinar las posiciones bioéticas de la medicina actual sobre la temática.

III- DESARROLLO:

A- MARCO CONCEPTUAL

1- CONCEPTOS Y DEFINICIONES

a- Definición

La palabra "eutanasia" proviene de dos palabras griegas "eu" que significa "bien", "bueno"; y "thánatos" que significa "muerte". Desde el punto de vista etimológico, la eutanasia comprendería el "buen morir", la "muerte feliz", "la agonía buena y dulce" o la "muerte suave o dulce". Es decir una muerte sin dolor ni padecimientos.

Pueden mencionarse varios conceptos de eutanasia según desde el ámbito en que la misma sea considerada:

Visto desde un ámbito jurídico se la entiende como "la acción de acortar voluntariamente la vida de quien, sufriendo una enfermedad incurable, la reclama seria e insistentemente, para hacer cesar sus insoportables dolores".

Desde un punto de vista religioso donde se considera a la vida como un bien sagrado, se la entiende como: "una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor".

Una definición con una carga valorativa mayor es la eutanasia entendida como: "la deliberada producción de la muerte de una persona, sobre la base de que en su situación se considera mejor morir que continuar viviendo".

En un sentido más radical significa: "derecho a que una persona procure la muerte a un ser sufriendo, el derecho a ser ayudado a morir". Por tanto implicaría el deber positivo de matar y existiría entonces un "derecho a morir".

El significado más común en nuestra sociedad es el de muerte anticipada de una persona que sufre, generalmente realizada por un médico ⁽¹⁾.

b- Historia:

El vocablo parecería haber sido documentado por primera vez por el inglés Francis Bacon cuando en su libro "Historia Vitae et Mortis" analiza el problema del tratamiento de las enfermedades incurables. También habría sido pionero en utilizar el término Suetonio en "La Roma Escandalosa bajo los Doce Césares", al describir la muerte de Augusto como él la deseaba, una "muerte dulce", una eutanasia.

Existen documentos suficientes para sostener que la eutanasia era una práctica de aceptación generalizada en las antiguas Grecia y Roma ⁽⁷⁾.

Era una excepción la posición adoptada por los miembros de la escuela hipocrática, quienes juraban entre otras cosas no administrar "...drogas mortales a nadie que lo pidiera ni hacer sugerencia alguna en ese sentido" ⁽⁸⁾.

Después de la Primera Guerra Mundial un jurista, Karol Binding, y un psiquiatra, Alfred Hoche, publicaron en Alemania "El Permiso para Destruir la Vida Indigna" (1920). En él defendían a los pacientes que pedían "ayuda de muerte" considerando que era congruente con la ética médica y una solución compasiva a un doloroso problema.

Los destinatarios podrían ser pacientes en coma, con daño cerebral, con alguna enfermedad psiquiátrica o retraso mental. El acto debía ser autorizado por tres expertos; el paciente tenía derecho a retirar su demanda en cualquier momento, y los médicos que lo ayudaran tendrían protección legal. Entre los beneficios del procedimiento citaban que el dinero derivado a ese tipo de enfermos se destinaría a otros que lo necesitaran más. El primer caso documentado fue "el bebé Knauer" que era ciego, le faltaba un brazo y una pierna, y tenía retraso mental. El padre le pidió a

Hitler que autorizara su muerte, éste en 1938 le concedió la demanda. Más adelante se estableció por decreto la autorización para matar a los discapacitados físicos y mentales por medio de gases tóxicos o sobredosis de medicamentos (muerte eugenésica). De 1939 a 1941, murieron más de 250.000 discapacitados, incluyendo a miles de enfermos polacos y soviéticos, pero el proceso no se pudo ocultar, sobre todo, en las inmediaciones de los centros destinados a realizar las eutanasias. Un obispo católico, von Galen, denunció lo que estaba ocurriendo. Luego el régimen nazi dispuso el cese de la eutanasia por medio de las cámaras de gas que se habían instalado en los citados centros. Quienes las llevaban a cabo fueron trasladados a campos de concentración.

Las ideas pro eutanasia habían echado raíces en Europa mucho antes de que Hitler las pusiera en práctica en Alemania. En la década de 1870, en los EE.UU. e Inglaterra el apoyo a la eutanasia provenía de los partidarios de la filosofía del darwinismo social y estaban relacionadas también con la eugenesia.

En 1935, en Inglaterra, se desarrolló un movimiento a favor de la eutanasia cuando K. Millard fundó la Sociedad Pro Legalización de la Eutanasia, que más tarde se llamó la Sociedad por la Eutanasia. Preconizaban el derecho a una muerte indolora para aliviar los sufrimientos de pacientes terminales. Esa entidad, en 1938, en EE.UU., dio origen a la Sociedad de la Eutanasia que, en la actualidad, se denomina Sociedad para el Derecho a Morir. La sociedad británica auspició un proyecto de ley pro eutanasia que fue tratado en el parlamento y rechazado en 1936. La estadounidense hizo lo mismo frente al Estado de Nueva York en 1938. Más adelante, se presentaron otros proyectos a favor de la legalización de la eutanasia en los EE.UU. (1947 y 1994).

En 1976, en California (EE.UU.) se dictó la Natural Death Act (ley sobre la muerte natural). Esta concede a cada adulto el derecho a que no le apliquen o a que le interrumpan "terapias de soporte vital", en casos cercanos al "extremo de las condiciones existenciales". En 1994, en Oregon (EE.UU.), se aprobó por referéndum popular una "Ley para una Muerte Digna" ⁽¹⁾.

Existe escasa información en la literatura médica argentina sobre la opinión de la población en temas relacionados con el fin de la vida de pacientes terminales. Pocas encuestas realizadas entre médicos argentinos fueron publicadas. Una de ellas se realizó en marzo de 1994 y recogió la opinión de 172 médicos de la ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y La Plata. Si bien el 95% de los encuestados dijo haber tenido contacto con enfermos terminales, 53% manifestaron no contar con información suficiente sobre prácticas relacionadas al fin de la vida. Del total de los participantes, 69% habían practicado alivio sintomático con fármacos que pudieran acortar la vida de un paciente terminal, 57% habían decidido no tratar y 7% habían practicado eutanasia activa. Otra encuesta a médicos argentinos tomó la opinión de 407 jóvenes médicos, la mayoría de éstos estaba de acuerdo con la legalización de la práctica del suicidio asistido (63%) y de la suspensión de tratamientos (70%); muchos de los que afirmaron apoyar estas metodologías ya habían realizado estas prácticas asociadas al fin de la vida de pacientes terminales ^(9 y 10).

c- Diferencias con conceptos semejantes

Debemos considerar algunas definiciones y conceptos semejantes para una mejor comprensión de la temática ⁽¹⁾.

Distanasia

Etimológicamente proviene de "dis", difícil y "thanatos", muerte. Lo que quiere decir dificultar la muerte. Es decir, es una acción y una intención tendientes a prolongarla por todos los medios al alcance. También se la conoce como ensañamiento terapéutico. Incluye actividades médicas que no son adecuadas a la situación real del

enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o por ser demasiado gravosas para él o su familia. Estaría en el polo opuesto de la eutanasia. Personalidades mundiales tales como Harry Truman, Ex Presidente de EEUU, Josip Broz, Ex Presidente Yugoslavo, Tancredo Neves, Ex Presidente de Brasil, Mohamed Pahlevi, Ex Sha de Irán, Francisco Franco, Ex Presidente de España, entre otros han sufrido esta forma de morir.

Muerte Eugenésica

Consiste en la muerte dada a los seres deformes o tarados con el fin de mejorar la raza, siendo ésta considerada como una clase de eutanasia, tal lo mencionado anteriormente en los antecedentes históricos.

Ortotanasia

El término proviene del griego "orthos" recto y "thanatos" muerte. En esos casos la muerte piadosa ocurre, no por un acto positivo del médico, sino por el hecho mismo de la enfermedad fatal sólo que el médico habría podido demorarlo o evitarlo mediante un tratamiento adecuado.

e- Elementos de clasificación y tipos de eutanasia

Hay que distinguir las clases de eutanasia según sea realizada por propia mano del paciente o con intervención de terceros; realizada activa o pasivamente, y directa o indirectamente.

Si bien existen varias clasificaciones de eutanasia, parecería ser la más adecuada la siguiente: voluntaria o involuntaria; la activa o pasiva; y la directa o indirecta ⁽¹⁾.

Eutanasia activa o directa es la acción deliberada de causar la muerte de un enfermo, por ejemplo, administrando una dosis mortal de un medicamento o de una sustancia letal.

Se considera directa **voluntaria** cuando se realiza por un explícito pedido del paciente. El caso del Dr. Cox es un ejemplo de eutanasia directa voluntaria. En septiembre de 1992, Nigel Cox, un reumatólogo inglés, fue acusado de homicidio por matar a su paciente la Sra. Lilian Boyes. Ella estaba bajo tratamiento por una artritis reumatoide grave desde hacía varios años. En agosto de 1991, fue internada por una recaída, con fuertes dolores. El tratamiento no fue eficaz y surgieron complicaciones: úlceras y abscesos en brazos y piernas, fracturas de vértebras, y una lesión renal importante. Ella sólo pedía que se le aliviara el dolor. Llegó un momento en que los opiáceos y sedantes, en grandes dosis, fueron insuficientes y los dolores insoportables. Le pidió a Cox que pusiese fin a su vida, quien al comienzo se rehusó, pero, ante la imposibilidad de atenuar el sufrimiento, terminó administrándole cloruro de potasio por vía intravenosa. Una enfermera que leyó la historia clínica en la que el Dr. Cox había anotado el hecho lo denunció.

Se llama directa **involuntaria** si se realiza sin el consentimiento del paciente, en el caso de un niño o de un adulto sin capacidad para consentir. Se pueden poner varios ejemplos de eutanasia involuntaria directa, algunos muy conocidos. Uno de ellos es el de la enfermera Michaela Roeder, de la ciudad alemana de Wuppertal, llamada por la prensa "el ángel de la muerte". En 1988, fue acusada de haber matado a 17 pacientes ancianas "porque le daba pena verlas sufrir tanto".

Eutanasia pasiva o indirecta es la acción de omitir deliberadamente la atención de un paciente con el fin de provocar su muerte. Son actos de este tipo: no suministrar los medicamentos necesarios, soporte vital, o la debida atención. También aquí se distingue: indirecta **voluntaria**, cuando es solicitada por el paciente. Como ejemplo de eutanasia voluntaria indirecta se cita el caso de Nancy B... El caso fue resuelto por Mr. Justice Dufour, de Québec, en 1992. Nancy B..., una joven de 25 años de edad que vivía conectada a un respirador artificial por padecer del síndrome de Guillaim-Barre y

estar paralizada del cuello para abajo, solicitó al juez que la autorice a desconectarse de la máquina, porque ya no soportaba más la vida que llevaba. El juez accedió a la demanda.

Será indirecta **involuntaria**, si el enfermo no la solicita. Es el caso de Nancy Cruzan, 25 años de Missouri, EE.UU., quien quedó en estado vegetativo persistente después de un accidente de tránsito. Se consideró que era imposible que recuperara la conciencia. Sus padres solicitaron suspender la alimentación e hidratación. Los médicos argumentaron que se necesitaba una orden judicial porque la interrupción del tratamiento equivaldría a cometer un homicidio. El Tribunal de Primera Instancia dio la autorización, ya que Nancy había manifestado a una compañera que prefería no seguir viviendo en caso de que una enfermedad la incapacitase para poder llevar una vida normal.

Dado que tanto en la eutanasia activa como en la pasiva hay una acción deliberada de provocar la muerte del enfermo, sea por acción u omisión, hay quienes utilizan el término eutanasia para denominar ambas acciones. En este terreno, se difuminan las fronteras. La eutanasia involuntaria directa linda con el homicidio, y la eutanasia indirecta voluntaria con "morir dignamente".

La eutanasia "autónoma" para Niño y para Barbero Santos en su libro "El suicidio" es materia ajena a todo tratamiento jurídico penal racional.

2- MARCO JURIDICO EN NUESTRO PAIS Y EN OTROS PAISES

a- Marco jurídico en nuestro país

Desde el punto de vista jurídico en Argentina, la figura de eutanasia no se encuentra legislada ⁽³⁶⁾ y el suicidio asistido podría encuadrarse como "instigación o ayuda al suicidio" que configura homicidio en el Código Penal (Libro II de los delitos, Título I Delitos contra las personas, Delitos contra la vida) ^(15 y 18).

Podemos mencionar en relación al tema los siguientes artículos:

ARTICULO 79.-: Se aplicará reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro siempre que en este código no se estableciere otra pena.

ARTICULO 83.-: "Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado".

ARTICULO 84.-: Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte.

En algunos casos esta figura podría tipificarse como "abandono de persona" en las condiciones del art. 106, del CP, último párrafo.

En el art. 19, inc. 3, de la Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración (Ley Nº 17.132/67), "se establece que los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a: "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz".

El Estado protege la vida amenazada por la tentativa de suicidio. El médico está obligado a respetar la voluntad del paciente en cuanto se niegue a tratarse o a internarse. El equipo de salud debe respetar su decisión cuando se encuentra en pleno goce de sus facultades, está debidamente informado de su situación, y no existen

presiones coercitivas de ninguna naturaleza. En este caso, se aplica el principio de autonomía que desarrollaremos más adelante.

En nuestro país existen algunos fallos en los que jueces argentinos respetaron el derecho de pacientes a no ser tratados, como el caso de Angel Parodi quien padecía de pie diabético y un juez avaló su voluntad de negarse a la amputación de su pierna aún cuando ello ponía en peligro su vida. El respaldo al derecho en la jurisprudencia a no recibir tratamientos es muy acotado; otras formas de muerte asistida por el médico nunca han sido permitidas mediante fallos de jueces argentinos ⁽²⁶⁾.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de Las Naciones Unidas de 1948 representa la primera vez en la historia humana en que las naciones del mundo estaban de acuerdo, "Todos tenemos el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas" (Artículo 3). Se instruyeron a las naciones miembros de la ONU para publicar ampliamente la Declaración, y anunciarla, sobre todo en escuelas, para que fuera una inspiración continua a todos los ciudadanos.

Actualmente en el Senado, hay tres iniciativas presentadas. Una de ellas pertenece a Adriana Bortolozzi de Bogado: "Derecho a la propia muerte" se llama su propuesta y en ella establece que "toda persona mayor de edad y consciente de que se encuentre en estado terminal, entendiéndose por éste un pronóstico de sobrevida de un mes, o padezca de una enfermedad grave, discapacitante e incurable, o haya sufrido un accidente que la coloque en esa situación, podrá oponerse a la aplicación de tratamientos extraordinarios, debiéndose proporcionar analgesia".

La senadora propone que los pacientes terminales tengan derecho a la "sedación terminal". Dice además que "La sociedad progresista y tecnológica de hoy nos debe dar a los mortales la posibilidad, si la queremos, de afrontar la propia muerte de acuerdo con nuestra voluntad y las condiciones de dignidad que sean posibles" ⁽²⁷⁾.

En la Provincias de Río Negro y Neuquén entre los años 2007 y 2008 se legisló sobre la muerte digna mediante leyes que reconocen el derecho de las personas con enfermedades terminales a que puedan rechazar los tratamientos y la reanimación artificial "cuando sean desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado". También cualquier ciudadano puede sumarse a un "registro de voluntades anticipadas" para el caso de padecer accidentes o enfermedades terminales en un futuro. La reglamentación de estas leyes no se encuentra concluida y aún no se autoriza a los pacientes terminales a decidir sobre este procedimiento ^(23, 24 y 25).

La normativa fue aprobada con el rechazo de los obispos rionegrinos quienes reclamaron por la falta de consulta de los legisladores a las autoridades eclesiásticas y especularon con que la ley podría responder a intereses de conveniencia particulares. El debate de ley generó polémica en la provincia con voces opositoras y a favor de la legislación.

b- Antecedentes en la legislación de otros países:

México: en este país la eutanasia no tiene una regulación específica en el Código Penal ⁽¹⁶⁾. Pero, los supuestos de eutanasia activa o pasiva voluntaria son abarcados por el ARTICULO 312 del Código Penal Federal del Distrito Federal. Dicho artículo dice: "El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años".

De este artículo se desprenden dos ideas: la primera de ellas a su vez se divide en dos hipótesis: a) prestar auxilio a otro para que se suicide y b) inducir a otro para que se suicide. Esta última se refiere al que presta auxilio al suicida al punto de ejecutar el mismo la muerte, es la figura del homicidio consentido o como prefieren llamarlo otros

del homicidio suicidio. Y la segunda por la cual el sujeto activo actúa con móviles piadosos, en beneficio de la víctima y con su consentimiento.

En esta legislación establece que el consentimiento del homicidio, despliega sus efectos como causa específica para la atenuación de la pena. Esta atenuación está legislada en el ARTICULO 52 del Código Penal Mexicano, que dispone que "el juez fijará las penas y medidas de seguridad que estime justas y procedentes dentro de los límites señalados para cada delito con base a la gravedad del delito y el grado de culpabilidad del agente, teniendo en cuenta entre otros aspectos los motivos que lo determinaron a delinquir y todas las condiciones especiales y personales en que se encontraba el agente al momento de la comisión del delito".

Esta ley no toma en cuenta el consentimiento del paciente, puesto que argumentan que la vida es un bien indisponible. Mucho menos ponen como móvil del hecho la piedad.

Colombia: aborda la temática tipificando como delito el homicidio por piedad de la siguiente manera:

Código Penal Colombiano ⁽¹⁷⁾ ARTICULO 326:

"El que matare por piedad, ponerle fin a sus intensos sufrimientos provenientes de la lesión corporal o enfermedad grave e incurable incurrirá en prisión de seis meses a tres años".

En esta legislación se tipifica como delito la acción de un sujeto de dar muerte a otro utilizando a la piedad como motivación, sin que desde el punto de vista legal interese el consentimiento de la víctima. En este ordenamiento penal de Colombia convergen dos factores en el concepto de culpabilidad, primero la voluntad del sujeto activo en la realización del autor y segundo la relación o nexo de causalidad entre la acción y el resultado.

La Corte Constitucional de este país, recibió una acción de inconstitucionalidad sobre este artículo por ir contra los principios del derecho a la vida. Como consecuencia se disminuía el valor de la vida de un enfermo incurable comparado al de una persona sana. La Corte concluyó que no se violaba la constitución, generando jurisprudencia en este tema. Pero esto permitió que la Corte se diera cuenta de las consecuencias que podía tener el consentimiento de la víctima por lo que resultaría una razón para despenalizar la eutanasia si participa este factor.

Perú: El artículo 112 del Código Penal Peruano regula la eutanasia entendiendo por ella al homicidio piadoso y dice textualmente:

"El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años".

De esta manera este homicidio por piedad es considerado una forma de atenuante.

Holanda: la eutanasia se ha legislado en los Países Bajos, pero el análisis a los artículos de su Código Penal que contemplan esta acción nos permite darnos cuenta de que en Holanda la eutanasia sigue penada, aunque si se cumplen con estrictas condiciones de cuidado, hay excepciones en las cuales ofrecen al médico la posibilidad de ayudar a un paciente con una enfermedad terminal e insoportable; sin ninguna repercusión en su contra.

Aquí se presentan los dos artículos del Código Penal Holandés, que fueron modificados a propósito de la nueva ley promulgada llamada "Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio" ⁽¹⁾:

ARTICULO 293:

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

2- El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por médico que haya cumplido con los requisitos de cuidados recogidos en el artículo dos 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 conforme al artículo 7 párrafo segundo de la Ley Reguladora de los funerales.

ARTICULO 294:

"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.

Hay que destacar que la legislación se centra en la petición del paciente. No basta la petición en sí. El médico tiene la obligación de determinar que no sólo existe la solicitud, sino también que la petición es: voluntaria y bien mediata. Además antes de que el médico acceda a realizar la eutanasia, debe consultar con un médico independiente que no esté involucrado en el tratamiento del paciente.

Esta legalización ha hecho que aumenten las muertes por esta causa.

Australia: el territorio promulgó una ley el 25 de mayo de 1995, que autorizaba la eutanasia activa, bajo controles cuidadosos. La ley recibió el nombre de Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales. Sin embargo fue derogada en 1996.

Canadá: el suicidio es legal, no así el suicidio asistido. El 25 de marzo de 1995, la legislatura canadiense rechazó por 169 votos contra 66 un proyecto de ley sobre el suicidio asistido por médicos.

Gran Bretaña: el 20 de abril de 2000 el Parlamento Inglés rechazó una ley Anti eutanasia.

Japón: el 25 de marzo de 1999 la Corte del distrito de Yokohama encontró culpable a un médico que había asesinado a un enfermo de cáncer terminal que estaba pronto a morir. El médico fue sentenciado a dos años de prisión en suspenso. El tribunal enumeró condiciones para autorizar la muerte por piedad:

- que la muerte sea inevitable e inminente,
- se hayan tomado todas las medidas necesarias para paliar el dolor, sin que existan otros tratamientos disponibles,
- el paciente debe haber expresado claramente su voluntad de acortar su vida.

B- ANALISIS DEL PROBLEMA:

1- BIOETICA Y ASPECTOS DE LA DIGNIDAD HUMANA

Etimológicamente, la palabra ética deriva del griego "ethikós", voz usada para designar el carácter o modo de ser de una persona adquirido por hábitos. Es el estudio de las morales de los pueblos.

La Ética se expresa como un deseo de cumplir con nuestro deber solidario para con nuestros semejantes.

Las leyes, los códigos de ética y deontológicos son disposiciones generales que rigen para todos los integrantes de la sociedad; pero por encima de ellos el hombre actúa respondiendo a los mandatos de su conciencia.

Ética y Deontología consagran el derecho del hombre a ser atendido y respetado según normas de igualdad, respeto y justicia acordes con la dignidad humana.

El disfrutar del más alto nivel alcanzable de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin ninguna distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social.

La Declaración de Tokio (1975) señala que " la misión del médico es velar por la salud de la humanidad, sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión..."

Para comprender mejor la relación entre la medicina y la eutanasia abordaremos aspectos relacionados a la bioética y la dignidad humana.

a- Principios fundamentales de la bioética

En 1979, los bioeticistas Beauchamp, Tom L. y Childress, James F. definieron en el libro "Principles of Biomedical Ethics" los cuatro principios de la Bioética: **autonomía, no maleficencia, beneficencia** y **justicia**. En 2003, Beauchamp considera que los principios deben ser especificados para aplicarlos a los análisis de los casos concretos, o sea, deben ser discutidos y determinados por el caso concreto a nivel casuístico.

Los cuatro principios definidos por Beauchamp y Childress son:

Principio de autonomía

Principio de respeto a las personas que impone la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que actúen de forma autónoma. La autonomía implica responsabilidad y es un derecho irrenunciable, incluso para una persona enferma. Una persona autónoma tiene capacidad para obrar, facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y el significado de sus actuaciones y responder por sus consecuencias.

El principio de autonomía tiene carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan ser no autónomas o presenten una autonomía disminuida (menores de edad, personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.) siendo necesario en tal caso justificar por qué no existe autonomía o por qué ésta se encuentra disminuida. En el ámbito médico, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, ya que las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y supone que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente.

Principio de beneficencia

Es la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo perjuicios. En medicina, promueve el mejor interés del paciente pero sin tener en cuenta la opinión de éste. Supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, por lo que aquél sabe (y por tanto,

decide) lo más conveniente para éste. Es decir "todo para el paciente pero sin contar con él".

Este principio desestima la opinión del paciente, primer involucrado y afectado por la situación, prescindiendo de su opinión debido a su falta de conocimientos médicos. Sin embargo, las preferencias individuales de médicos y de pacientes pueden discrepar respecto a qué es perjuicio y qué es beneficio. Por ello es difícil defender la primacía de este principio, ya que si se toman decisiones médicas desde éste, se dejan de lado otros principios válidos como la autonomía o la justicia.

Principio de no maleficencia (Primum non nocere)

Este principio implica no realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Esto será válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina, este principio debe encontrar una interpretación adecuada ya que a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

Para el cumplimiento de este principio de no maleficencia el profesional debe tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes en vistas a que sean menos dolorosos y lesivos para los pacientes; avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva y con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

Principio de justicia

Implica tratar a cada uno como corresponda con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (biológica, social, cultural, económica, etc.). Aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres es sólo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone la obligación de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales para disminuir las situaciones de desigualdad.

El principio de justicia lo podemos desdoblar en dos: un principio formal (tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: necesidades personales, mérito, capacidad económica, esfuerzo personal, etc.).

Para excluir cualquier tipo de arbitrariedad es necesario determinar qué igualdades o desigualdades se van a tener en cuenta para definir el tratamiento que se va a dar a cada uno. El enfermo espera que el médico haga todo lo posible en beneficio de su salud. Pero también debe saber que las actuaciones médicas están limitadas por una situación impuesta al médico, como intereses legítimos de terceros.

La relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y de autonomía, pero cuando estos principios entran en conflicto, a menudo por la escasez de recursos, es el principio de justicia el que entra en juego para mediar entre ellos ⁽¹⁾.

b- Dignidad humana

La dignidad humana es entendida como la cualidad de los valores y respeto a la persona, se invoca tanto para defender la eutanasia como para rechazarla.

Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consistiría en el derecho a elegir libremente el momento de la propia muerte. Para sus detractores, la dignidad humana sería oponerse a este derecho, por considerarlo una arbitrariedad humana frente a un asunto exclusivamente divino.

Tras este uso ambiguo del término dignidad subyacen distintas concepciones del ser humano, de la libertad, de la ciencia médica y del conjunto de los derechos humanos.

2- DISTINTOS POSICIONAMIENTOS SOBRE EUTANASIA

a- Aspectos morales y religiosos de la eutanasia

Desde la perspectiva religiosa se considera que la propiedad de la vida humana le corresponde a un ser superior y el individuo está incapacitado por definición para disponer de su vida de acuerdo a su voluntad.

Desde la religión en especial la católica y el judaísmo, la eutanasia debe ser rechazada porque ésta implica matar a un ser querido por Dios, quien vela por su vida y su muerte. Su realización es considerada un grave crimen y contrario a las leyes divinas. Es de destacar que hay también muchos religiosos, ateos y agnósticos, que activamente difieren de tal argumento religioso.

Para la doctrina Católica no es lícito matar a una persona ni siquiera para no verlo o hacerlo sufrir, así se lo hayan pedido al médico el enfermo, sus familiares o terceros, porque no está en sus manos, sólo en las de Dios. Entendiéndose ésto como el no realizar acciones que produzcan intencionalmente la muerte del paciente y tampoco omitir una prestación debida con la cual salvaría su vida.

Para la iglesia no es lícito que se omitan los tratamientos disponibles para la posible recuperación del paciente. Se tratan de evitar las medidas desproporcionadas o las prácticas distanásicas.

La iglesia podría estar de acuerdo con la ortotanasia, entendida como la entiende Romero y Niño, por la cual, se le suministra narcóticos y analgésicos que aliviarán el dolor, aunque atenúen la conciencia y provoquen de modo secundario un acortamiento de la vida del paciente.

En relación a la eutanasia Pablo VI decía que:

"El deber del médico consistía más bien en intentar calmar los sufrimientos, en vez de prolongar todo lo que pueda con cualquier medio y a cualquier condición una vida que no es ya plenamente humana y que va naturalmente hacia la conclusión".

Podemos concluir por ello que la religión y la iglesia católica no están de acuerdo con la eutanasia, pero tampoco con la distanasia consistente en los medios desproporcionados que se utilizan para que el paciente siga vivo, pero aceptarían la ortotanasia, en la cual se utilizarán paliativos para el dolor los cuales permitirán a las personas que no quieran recibir un tratamiento, morir progresivamente y naturalmente sin sufrimientos ayudado por drogas. Niño llama a ésto "Eutanasia solutiva".

b- El punto de vista de la medicina

Desde el punto de vista profesional médico y ético hay referencias en el Juramento Hipocrático ⁽¹⁹⁾, y en los diferentes códigos de ética médica de la Argentina, así como en Ley del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración ⁽¹¹⁾, donde por principio se realizará la búsqueda de recuperación, conservación y preservación de la salud del enfermo.

En el Juramento Hipocrático se promete: "No me dejaré seducir por las súplicas de nadie, sea quien fuere, a propinar un veneno o dar mi consejo en semejante contingencia". Este juramento vigente en nuestros días considera a la práctica de la eutanasia contradictoria con sus principios.

La deontología médica impone, los deberes de aliviar el sufrimiento físico y moral del moribundo, de mantener en lo posible la calidad de la vida que declina y el respeto a la dignidad de todo ser humano. Surge así en la actualidad el desarrollo de

innumerables intervenciones de cuidados paliativos que buscan el bienestar o la disminución del sufrimiento del paciente críticamente afectado o en estado terminal ^(34 y 35).

El Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina ⁽¹²⁾, en el capítulo 34 (arts. 546 a 560) se refiere específicamente a la eutanasia y al suicidio asistido, entre ellos se transcriben:

ARTICULO 546.- El paciente terminal tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica convencional o no convencional dentro de las normas aceptadas, para evitar tanto el sufrimiento psíquico como físico, utilizando para ello, todo tipo de soporte que configure el respeto al derecho inherente a su dignidad de persona.

ARTICULO 547.- Toda medida tendiente a aliviar los padecimientos físicos o psíquicos de un paciente deberá ser proporcionado al cuadro que este presente y exclusivamente destinado a paliarlos de manera eficaz. Se optará siempre por el método menos nocivo para la salud del asistido, entre aquellos que produzcan similares resultados.

ARTICULO 550.- Es contraria a la ética médica y se considerará falta grave la deficiente medicación paliativa de los síntomas físicos y psíquicos padecidos por pacientes afectados por grave enfermedad o accidente, cuando obrare consenso de los mismos o de sus representantes legales para su suministro proporcionado y eficaz.

ARTICULO 551.- El paciente terminal tiene derecho a solicitar que se evite el ensañamiento terapéutico para prolongar su vida, lo que el médico tiene el deber ético de aceptar, respetando siempre los valores de la persona humana.

ARTICULO 552.- En ningún caso el médico está autorizado a abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo pero nunca provocársela.

ARTICULO 554.- Es conforme a los dictados de la ética médica el retiro de los medios.

ARTICULO 560.- No está permitido al médico bajo ninguna circunstancia por ser contrario a la ética y a la ley, la realización de procedimientos que conformen la figura legal de Suicidio Asistido.

El Código de Ética Médica De la Confederación Médica de la República Argentina ⁽¹³⁾ dice:

ARTICULO 117°. En ningún caso el médico está autorizado a abreviar la vida del enfermo, sino a aliviar su enfermedad mediante los recursos terapéuticos del caso.

Asimismo el Código de ética de la Provincia de Buenos Aires ⁽¹⁵⁾ en sus CAPITULOS I y II GENERALIDADES y DEBERES dice:

ARTICULO 1° -Este Código de Ética Médica es de aplicación en jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires y a él deberán ajustarse todos los médicos inscriptos en la matrícula creada por el Decreto-Ley S413/58.

ARTICULO 3°-En toda actuación el profesional cuidará a sus enfermos, ateniéndose a su condición humana. No utilizará sus conocimientos contra las leyes de la humanidad y en ninguna circunstancia le es permitido emplear métodos que disminuyen la resistencia física y la capacidad mental de un ser humano en forma definitiva, si ello no está condicionado por una indicación terapéutica o profiláctica muy precisa, siendo en estos casos conveniente obtener la aprobación de una Junta Médica.

ARTÍCULO 21° -La cronicidad o incurabilidad no constituye un motivo para privar de asistencia al enfermo.

La posición médica al igual que la posición de la religión estaría de acuerdo con la ortotanasia, al estar a favor de utilizar medicinas paliativas y medios proporcionados para prolongar la vida.

Actualmente, se ha delimitado bien que son medios proporcionados para la prolongación de la vida por parte de los médicos. Se entienden como medios ordinarios o proporcionados: los que están a la mano y no imponen esfuerzos, sufrimientos o gastos mayores de los que las personas consideran prudentes, para la conservación de la vida.

A diferencia de los medios desproporcionados que usando medios artificiales, se haga seguir viviendo a una persona, no siendo ésta una ayuda de la naturaleza.

c- Lícito o ilícito?

Las teorías que consideran ilícita la eutanasia fundamentan su postura en la intangibilidad de la vida humana, la indisponibilidad de la propia vida⁽³³⁾.

La vida es considerada como un valor, como un derecho fundamental que se debe proteger, puesto que no sólo es importante para la persona misma, sino también para toda la sociedad. Se entiende, entonces, que el Estado debe brindarle protección aún a costa de la persona.

La vida entendida como un valor primario, es la base y fundamento de todos los derechos individuales, sin el cual ningún valor tendría cabida.

La vida como un derecho. Tendría dos tipos de obligaciones, una de proteger y promover el ejercicio del derecho y la otra de abstenerse de hacer cualquier cosa que menoscabe ese derecho. Por ello la autonomía del enfermo se vería limitada por el deber de respeto a la propia vida y su consentimiento no podría justificar la actuación del tercero.

Al derecho aquí se lo considera inalienable: la persona no puede disponer jurídicamente de éste, ni destruir el bien objeto del mismo, de modo que el ejercicio no es posible. También se lo considera irrenunciable, por ello este derecho le permitiría sólo protegerlo y garantizarlo.

Aquí se pueden ver claros tintes paternalistas, protegiendo a ultranza la vida aún por encima de su titular.

Es así que esta postura que se tiene en torno a la eutanasia determina la imposibilidad de disponer de un bien jurídico como es la vida, considerada como un derecho. Ello con la argumentación que la eutanasia, no puede ser contenido de la libre decisión del individuo.

La teoría plantea que la autonomía individual está limitada, porque para que una decisión pueda ser considerada como autónoma no debe estar motivada por un criterio de acción exterior a uno mismo y no puede vulnerar la ley de tratar a la persona siempre como fin y nunca como medio. La persona no puede tener la libertad de pedir que le quiten la vida porque estaría yendo en contra del fin que tiene la autonomía, ya que sin vida no hay posibilidad de autonomía.

Otra razón para no aceptar a la autonomía individual para validar la eutanasia está en que la voluntad del enfermo se ve limitada por el deber de respeto a lo propia vida, ya no como la de su propia persona sino como bien jurídico protegido por el Estado.

Al ver la autonomía individual observamos que el consentimiento del titular (es decir, la libertad que tiene el enfermo de consentir que se le dé muerte) no daría licitud al acto del sujeto activo. Así este consentimiento tendría sólo valor para los derechos subjetivos privados, es decir, a los derechos que son disponibles por parte del sujeto. Y por ende, el derecho a la vida no es uno de ellos porque éste es considerado de naturaleza también pública.

Piñan y Malvar tiene una forma de ver el consentimiento diferente, por el cual, dicen que el problema no está en el consentimiento para que lo maten, el problema y su importancia está en que quien lo realiza quiera aceptar semejante encargo, echando sobre si las responsabilidades establecidas. Como se sabe quien realiza el acto permanecerá en la sociedad, y por ello está obligado a no matar. Entonces, el que acepta, el que complace la petición sería el sujeto activo, que en consecuencia, tendría que tener un derecho a matar.

Por último esta posición que presenta Rodríguez Iturre en su libro "La libertad para amar y el derecho a morir". En el libro dice que la eutanasia es incompatible con las finalidades que en el campo de la salud pública todo Estado persigue, porque este pretende el perfeccionamiento físico del ciudadano dentro del marco de la justicia (siendo la eutanasia un acto considerado injusto). La vida humana dentro de la concepción jurídica tiene un valor sagrado y los fines estatales entonces no pueden estar dirigidos a atentar contra ella.

Las teorías que consideran lícita la eutanasia utilizan el argumento del derecho a disponer sobre la vida de la persona ^(28, 29, 30, 31 y 32). Se argumenta a favor de la eutanasia aludiendo a que es preferible morir a continuar viviendo en las condiciones que se hallan ciertos enfermos terminales. Se dice que la vida humana tiene que poseer condiciones para desarrollarse como seres humanos y si el enfermo no puede llevar a cabo una vida con un mínimo de calidad, estaría justificada la práctica de la eutanasia.

Aquí se reivindicaría el derecho a escoger cómo y cuándo morir. Todo esto hace pensar que el derecho a la vida se habría relativizado.

Se presentan tres tesis, la de Tooley nos dice que sólo estamos en presencia de un ser humano cuando nos encontramos con un ser humano con autoconciencia de sí mismo y con capacidad para tener interés. Para él todos aquellos que no tengan interés en continuar su existencia podrían ser excluidos de la protección del derecho a la vida.

Después tenemos la de Newell que sostiene una tesis de la "identidad personal", la cual, dice que puede haber situaciones en las cuales el suicidio sea racional (cuando el mismo lleve a preservar y proteger la identidad personal). Esta identidad se refiere al conjunto de capacidades racionales.

Y por último tenemos Singer, el cual habla de tres tipos de eutanasia la voluntaria, involuntaria, y la no voluntaria. La primera es la solicitada por el paciente; por involuntaria habla de la que se produce sin consentimiento, sea porque no se le preguntó o porque se le preguntó y contestó que deseaba seguir viviendo, esto es homicidio propiamente dicho; y por último está la no voluntaria, la cual dice que estaría justificada por la calidad de vida, aduce que se está en presencia de una vida humana cuando se presentan las características tales como racionalidad, la autonomía y la conciencia de uno mismo. De modo, acabar con la vida de aquellos que no pueden elegir entre la vida y la muerte, sería una acción moralmente lícita, en tanto que ya no se estaría en presencia de vidas humanas.

Se aduce que la capacidad de la autonomía es un referente válido para afirmar la licitud ética jurídica de la eutanasia. Califican la decisión eutanásica como decisión de carácter personal, que incumbe únicamente al individuo y que se incluye dentro de la esfera que abarca la autonomía, si bien se pueden apreciar diversos matices en cada una de ellas. Ellos piensan que la única función que el Estado tendría es la de establecer los mecanismos y procedimientos adecuados para garantizar que se respete esa voluntad, dado que la libertad representa el sistema de derechos fundamentales y conciben el derecho a la vida como un derecho de libre disposición por parte de la persona.

Al hablar de calidad de vida se habla de que se la considera persona, si tiene racionalidad, autonomía y conciencia de uno mismo, junto con el interés de estar vivo, el cual si no las tienen no debe vivir.

Hay otros autores que justifican la eutanasia, en algunos casos como Martín Diego Farrel. A las conclusiones que llega son que: "La eutanasia, entendida como el privar de la vida sin sufrimiento físico a otra persona, a su requerimiento o con su consentimiento y en su interés, es moralmente aceptable". Se supone que el médico debe coincidir con el enfermo respecto de cuál es el interés de éste. Si el médico sabe que es curable la enfermedad que el paciente cree incurable, obviamente este requisito no se cumple.

IV- CONCLUSIONES

- La eutanasia está presente en la vida cotidiana desde tiempos inmemoriales, pero aún hasta nuestros días sigue generando un gran dilema e interminables discusiones entre los defensores y los detractores de la misma.
- Plantea un dilema bioético, con implicancias desde lo religioso, moral y jurídico impactando en el accionar cotidiano del ejercicio de la medicina.
- En nuestro país no se encuentra legislada como tal, y su práctica por parte de los profesionales de la salud expone al riesgo de ser culpado de homicidio o de instigación o ayuda al suicidio, ambas figuras tipificadas en el Código Penal Argentino.
- El médico, por la Ley del Ejercicio de la Medicina, los distintos Códigos de Ética médica, y por los principios de bioética, está obligado a respetar la decisión del paciente si el mismo se encuentra en pleno estado de conciencia, haciendo valer el principio de autonomía.
- Si la eutanasia fuese legalizada en nuestro país, incluso con la norma que respalde el procedimiento, es el profesional médico quien luego de haberla realizado permanecerá en la sociedad después de haber dado muerte a una persona, lo cual podría generar gran sensibilidad social.
- En varios países en los que la eutanasia está o no legislada, sea la misma legal o no, se genera gran controversia sobre su realización.
- Si bien hay presentados proyectos en la Cámara de Legisladores para debatir sobre la muerte digna, y hasta el hecho que la misma se encuentre legislada en dos provincias Argentinas, no existe respaldo jurídico que avale la realización de eutanasia.
- La posición médica, en consonancia con la prédica de las religiones mayoritarias en el país, debería estar orientada hacia la ortotanasia, entendida ésta como la utilización de medios no desproporcionados para el mantenimiento de la vida. Se imponen acá el desarrollo de los cuidados paliativos como alternativa válida a la eutanasia.

V- BIBLIOGRAFIA:

1. Patito, Trezza, Lossetti, Guzman, Stingo. Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense: Ed. Quorum, tomo I año 2003. Tercera parte, Capítulo único: Filosofía y Moral en la Medicina Legal, Bioética.
2. Niño LF. Eutanasia: morir con dignidad. Consecuencias jurídico-legales. Buenos Aires: EUDEBA 1994 p. 233.-
3. Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Gráf CLM, Kester JGC, Onvuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. Revista *New England Journal of Medicine* 1996, N° 335: pags.1699/705.
4. Council on ethical and judicial affaires, American Medical Association. Decisions near the end of life. Revista *JAMA* 1992; N° 267: pags.2229/33.
5. Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Revista *Lancet* 1991; N° 338: pags.669/74.
6. Orentlicher D. The legalization of physician-assisted suicide. Revista *New England Journal of Medecine* 1996; N° 335: 663/7.
7. Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. *Bull Hist Med* 1969; N° 43: pags.501/18.
8. Burnell G. Vivir o morir en la era de la tecnología médica. Buenos Aires: Científica Interamericana; 1994.
9. Falcón JL, Alvarez MG. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes. Revista *Medicina (Buenos Aires)* 1996; N° 56: pags. 369/77.
10. Przygoda P, Saimovici J, Pollán J, Figar S. Physician assisted suicide, euthanasia, and withdrawal of treatment and Argentina. Revista *British Medical Journal* 1998; N° 316: 71-2.
11. Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración (Ley N° 17.132/67).
12. Código de Ética Médica de la Asociación Medica Argentina(www.ama-med.org.ar/codigoetica.asp)
13. Código de ética de la COMRA confederación Medica de la Republica Argentina.
14. Código de Ética de la Provincia de Buenos Aires.
15. Código penal de la República Argentina.
16. Código penal de la República de México. (www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9.pdf)
17. Código penal de la República de Colombia. (www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/penal.html)
18. Infoleg (www.infoleg.gov.ar)
19. Juramento Hipocrático (www.me.gov.ar/efeme/medico/juramento.html)
20. Diario Clarín "Murió Terry Schiavo trece días después que se le retirara la sonda de alimentación" del 31 de marzo de 2005.
21. Diario Nación "Cronología del caso que conmociono a EE.UU." del 23 de octubre de 2003.
22. Diario Clarín, 11 de abril de 2001 "Holanda es el primer país que aprueba el uso de la eutanasia". (www.clarin.com/diario/2001/04/11/s-03201.htm)
23. Diario Infobae, 15 de septiembre de 2008: "Neuquén: debaten la nueva ley de eutanasia" (www.infobae.com/contenidos/403546-100894-0-Neuqu%C3%A9n:-debaten-la-nueva-ley-de-eutanasia)
24. Diario Perfil, 7 de julio de 2008 "Río Negro: media sanción a la ley de eutanasia" (www.perfil.com/contenidos/2007/07/05/noticia_0051.html)

25. **En Río Negro, que fue pionera, aún no rige La norma continúa sin reglamentación** Noticias de Información general: La Nación Sábado 27 de septiembre de 2008 **Publicado en edición impresa**
26. Algrañaz JC. En la Argentina existen varios fallos favorables a la muerte digna. Clarín, Buenos Aires, 6/3/ 1998, p. 39.
27. **Proyectos frenados en el Congreso nacional Diario La Nación**, Noticias de Información general: Sábado 27 de septiembre de 2008 **Edición impresa**
28. Asociación federal derecho a morir dignamente. España. (www.eutanasia.ws)
29. Fundación pro derecho a morir dignamente. Colombia. (www.dmd.org.co)
30. Artículo "la eutanasia y el derecho a la privacidad", Paul Kurtz. (www.pensar.org)
31. Artículo "eutanasia genera claridad", Marijke Van Der Berg, Holanda 2007. (www.informarn.nl/temasholanda/eutanasia/act070330_eutanasia)
32. Artículo "Quiero dejar de no vivir", El País, 17 de enero de 2007 (www.elpais.com/articulo/sociedad/quiero/dejar/vivir/elpepusoc/20070117elpep isoc_1/tes)
33. Artículo: "Razones del no a la eutanasia". (www.network-press.org/?Eutanasia_aceb)
34. Asociación Argentina de Cuidados Paliativos. (www.aamycp.org.ar)
35. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. (www.cuidadospaliativos.org)
36. Artículo: "Eutanasia: entre el vacío legal y la dignidad humana" de Hoy La Universidad. Universidad Nacional de Córdoba. (www.hoylauniversidad.unc.edu.ar/portada/notas/archivo/050413debateeutanasia.html)