



EUTANASIA

Autora: Daniela Ortiz Celoria
-2019-

ÍNDICE

Introducción.....	4
Capítulo I. La Eutanasia	
I. Definición.....	7
a- Eutanasia según la voluntad del sujeto pasivo.....	7
a- 1. Voluntaria.....	7
a- 2. No voluntaria.....	7
a- 3. Involuntaria.....	8
b- Eutanasia según el autor.....	8
b- 1. Autónoma.....	8
b- 2. Heterónoma.....	8
c- Eutanasia según la actitud que se tome frente al curso vital.....	8
c- 1. Solutiva.....	8
c- 2. Resolutiva.....	8
d- Eutanasia provocada heterónoma resolutiva.....	8
d- 1. Activa.....	8
d- 2. Pasiva.....	8
d- 3. Directa.....	9
d- 4. Indirecta.....	9
e- Eutanasia según la motivación del autor.....	9

e- 1. Piadosa.....	9
e- 2. Eugenésica.....	9
e- 3. Económica.....	9
II. Eutanasia, Distanasia y Ortotanasia.....	9
III. Diferencias con la “Muerte Digna”	11
IV. Eutanasia y Suicidio Asistido.....	12
V. Perspectivas respecto a la Eutanasia.....	13
1. Posturas religiosas.....	14
a) Postura de la Iglesia Católica.....	14
b) Postura Evangélica.....	16
c) Postura Judía.....	16
d) Postura Islámica.....	17
2. Postura Ética.....	17
a) Biologismo.....	17
b) Elitismo.....	18
c) Humanismo.....	18
3. Postura Jurídica.....	18
4. Postura Médica.....	20

Capítulo II. Antecedentes Históricos

I. Evolución del concepto Eutanasia.....	23
1. Edad antigua	23
2. Edad Media y comienzos del Renacimiento.....	25
3. Renacimiento, edad Moderna y Contemporánea.....	25
II. Principios de la Bioética.....	28
1. Principio de autonomía.....	31
2. Principio de beneficencia.....	32
3. Principio de maleficencia.....	33

4. Principio de justicia.....	35
5. Aspectos Internacionales de la Bioética.....	36
Capítulo III. Derecho comparado	
I. Ordenamientos que contemplan la Eutanasia	
1. Holanda.....	40
2. Bélgica.....	46
3. Luxemburgo.....	50
II. Ordenamientos que contemplan el Suicidio Asistido	
1. Suiza.....	51
2. EEUU.....	53
Capítulo IV. Proyecto de ley para regular el Suicidio Asistido y la Eutanasia en Argentina.....	61
Capitulo V. Conclusión.....	71
Bibliografía.....	79
Anexo I. D.U.B.D.H.....	85
Anexo II. Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido de Holanda.....	97
Anexo III. Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido de Bélgica.....	110

Introducción

El propósito de esta investigación es dar una visión de lo que se conoce como Eutanasia inquiriendo en los ordenamientos que la contemplan y aquellos que la prohíben. De esta forma, nos proponemos analizar los lineamientos de la figura a fines de examinar si es posible su regulación en Argentina.

Etimológicamente, Eutanasia significa “muerte dulce” o “sin sufrimiento físico”. En un criterio más específico, se la entiende como el fallecimiento provocado voluntariamente a una persona que ya no puede soportar los dolores de una enfermedad terminal y que no tiene ninguna esperanza de vida. Éste será el concepto utilizado para el término a lo largo de la investigación.

El primordial derecho que asiste a todo ser humano es el de la vida. Pero cuando este se ve afectado por condiciones de salud lamentables, que llevan a quien las padece a verse en una situación donde se ve recluso en una unidad de cuidados intensivos de la cual no se sabe si saldrá, dependiendo su existencia de medios extraordinarios (tales como el respirador artificial), cabe preguntarse si se está cuidando la vida o prolongando la agonía que indefectiblemente lo llevará a la muerte.

En nuestra legislación no se encuentra contemplada la figura de eutanasia, ya que el tipo legal aplicable a estos casos es el artículo 79 del Código Penal de la Nación, el cual, no hace distinción entre homicidios consentidos y no consentidos. En el caso del suicidio asistido, el tipo legal aplicable será el artículo 83, el que establece que será reprimido con prisión, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo. Para la práctica de la eutanasia se requiere de una acción directa de un tercero, generalmente un profesional de la salud, sobre el cual recaerá toda la responsabilidad. Mientras que, en el suicidio asistido, el medico no interviene de manera directa en la muerte del paciente, sino que solo le proveerá de la medicación para llevar a cabo el fallecimiento.

El objeto de nuestro trabajo se centra en investigar acerca de los pilares necesarios para que la voluntad del paciente sea respetada, como así también la posibilidad de regular ambas figuras para que la conducta del médico no sea penada.

La falta de regulación, quizás se deba a que en el período de la sanción del Código no se plantearon los problemas de la eutanasia o del suicidio asistido. Sin embargo, entendemos que la ley no debe ser estática sino dinámica y adaptarse a las situaciones cambiantes de la época en que se aplica.

El problema que se presenta con la normativa vigente es que, frente a la pena, se considera del mismo modo matar cuando la víctima desea que le pongan fin a su existencia, y hacerlo cuando la víctima no desea morir.

Investigando los principios que rigen la materia, nos preguntamos cuál es el papel de la ley en una sociedad. ¿La ley es creada para proteger solo el interés social o los fines individuales también deben ser considerados? La ley puede ir en contra de la voluntad de un individuo, que en determinadas circunstancias quiere poner fin a su propia vida, como es el caso de algunos enfermos terminales, personas con cáncer y procesos degenerativos irreversibles, que alegan su derecho a morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir la fase final de la enfermedad. Esto conlleva a pensar que, ¿se prioriza el interés social por encima de un derecho personalísimo, como es el derecho a la vida y a decidir ponerle fin a ella?

La práctica de la eutanasia ha sido objeto de intensos debates públicos y han puesto de manifiesto las diferencias entre la voluntad de los enfermos y las disposiciones legales.

La consecuencia de regular la eutanasia en nuestro país podría ser, que el contribuir con el fin de la vida de otro, en vez de ser un hecho ilícito y delictivo, pasara a ser considerado un hecho lícito para quien realice el acto y un derecho personalísimo para quien desea ponerle fin a su vida. Por lo cual, y al tener ese carácter, nada se deberá reparar en el ámbito del derecho civil, ni retribuir en el ámbito del derecho penal.

Con el presente trabajo buscamos dar una breve descripción de los aspectos relacionados con la eutanasia, precisando el alcance del término, exponiendo las diferentes posturas en defensa o rechazo de la misma, para finalmente, reflejar el proyecto de ley que nosotras consideramos adecuado, para ser regulado en la Argentina.

CAPITULO I

La Eutanasia

I. Definición

El concepto jurídico de Eutanasia deriva de las raíces griegas *eu* que significa – bien- y *thanatos*–muerte-, es decir es la ‘buena muerte’.¹ La Real Academia Española la define como “*muerte sin sufrimiento físico y, en sentido restrictivo, la que se provoca voluntariamente*”.²

Según la Organización Médica Colegial de España, “*la eutanasia es quitar la vida a un paciente mediante una acción que se ejecuta o mediante la omisión de una intervención médica obligada. En uno y en otro caso, se provoca deliberadamente la muerte a un paciente*”.³

En cuanto a su clasificación, siguiendo el criterio de Doris Silva Alarcon⁴, la eutanasia puede catalogarse de la siguiente manera:

a- Eutanasia según la voluntad del sujeto pasivo:

a- 1. Voluntaria:

Aquella donde la decisión la toma el paciente directamente o terceras personas obedeciendo los deseos que el paciente ha expresado con anterioridad.

a- 2. No voluntaria:

Aquella donde la decisión la toma un tercero sin que haya posibilidades de conocer la determinación del enfermo, debido a que éste no tiene la capacidad para elegir entre vivir o morir.

¹ARTIACHI DE LEON, Angélica. *Opúsculos de derecho penal y criminología*. Ed. Marcos Lerner editorial Córdoba. Córdoba 1998. Página 13.

²RAE, Diccionario de la Real Academia Española. En <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia>. Recuperado 12/09/14 16:18.

³Enciclopedia. En <http://es.wikipedia.org/wiki/Eutanasia>. Recuperado 07/09/14 17:22.

⁴ALARCON, Doris Silva. “La Eutanasia, aspectos doctrinarios y legales” Cuaderns de Estudio. Centro de estudios biojuridicos. En <http://muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>. Recuperados 26/10/14 19:09.

a- 3. Involuntaria:

Aquella donde la decisión la toma un tercero sin pedir el consentimiento de un pariente capaz de expresar su elección o en contra de su voluntad.

b- Eutanasia según el autor:

b- 1. Autónoma:

Aquella en que la propia persona se provoca la muerte sin intervención de terceras personas.

b- 2. Heterónoma:

Aquella en que la provocación de la muerte participa otra u otras personas.

c- Eutanasia según la actitud que se tome frente al curso vital:

c- 1. Solutiva:

Aquella consistente en el auxilio en el morir mitigando el sufrimiento, suministrando calmantes que no incidan en la duración de ese proceso, controlando las sofocaciones, los espasmos, asistiendo psicológica y espiritualmente al enfermo o anciano.

c- 2. Resolutiva:

Aquella que incide en la duración del proceso hacia la muerte, sea reduciéndolo o suprimiéndolo en interés del enfermo o anciano.

d- Eutanasia provocada heterónoma resolutiva:

d- 1. Activa:

Aquella donde la provocación de la muerte se obtiene mediante hechos positivos dirigidos a acortar o suprimir el curso vital.

d- 2. Pasiva:

Aquella que consiste en la inhibición de actuar o en el abandono en el tratamiento iniciado, evitando intervenir en el proceso hacia la muerte.

d- 3. Directa:

Aquella que consiste en que la muerte se produce directamente cuando, por ejemplo, se aplicación una dosis mortal que por sí misma cause la muerte.

d- 4. Indirecta:

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

e- Eutanasia según la motivación del autor:

e- 1. Piadosa:

Aquella que tiene por objeto evitar el sufrimiento de un enfermo terminal o un anciano cuando es exigida en forma seria y consiente por el aquejado.

e- 2. Eugenésica:

Aquella que se dirige al mejoramiento de la raza humana.

e- 3. Económica:

Aquella dirigida a eliminar a las personas cuyas vidas se consideren inútiles, exentas de valor vital y de costoso mantenimiento.

II. Eutanasia, Distanasia y Ortotanasia

A partir del concepto eutanasia, surgen los de “ortotanasia” y “distanasia”, que son etimológicamente contrarios al concepto de la primera.

En efecto, la ortotanasia consiste en *“permitir que la muerte ocurra ‘en su tiempo cierto’ o ‘cuando deba de ocurrir’, por lo tanto los médicos están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la muerte. Esta situación incluye cualquier tipo de empleo técnico que mitigue sustancialmente el dolor, ya sea físico como psíquico que la persona involucrada tenga”*.⁵

Es importante señalar, que en ocasiones se confunde a la eutanasia con la ortotanasia, circunstancias que difieren de modo categórico. En efecto, en el primer caso, la muerte es provocada voluntariamente por parte de terceros, mientras que en el segundo, sólo se espera que ésta llegue naturalmente. La confusión se debe al hecho de que ciertos autores llaman a la eutanasia “muerte digna”, mimetizándola así con la ortotanasia.

Por otro lado, el concepto de distanasia se refiere a *“la prolongación innecesaria del sufrimiento de una persona con una enfermedad terminal, mediante tratamientos o acciones que de alguna manera ‘calman’ los síntomas que tiene y tratan de manera parcial el problema, pero con el inconveniente de estar prolongando la vida sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo”*.⁶

A esta conducta se la llama “encarnizamiento terapéutico”, agrediendo de forma directa el derecho de la persona a morir con dignidad. Esta situación se genera por una obsesiva obstinación del médico que excede de su deber de preservar la vida, tratando de retardar inútilmente la muerte en casos desesperados, recurriendo a tratamientos absolutamente inútiles, carentes de sentido y de justificación médica y ética. El encarnizamiento terapéutico podría darse, por ejemplo, cuando se continúa la ventilación mecánica después de la muerte cerebral total o realizar terapias ineficaces que sólo aumentan el dolor.

⁵ÁVILA FUNES, José Alberto. “Eutanasia, distanasia, ortotanasia”. Marzo 2013. En <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>. Recuperado 05/10/14 16:07.

⁶ÁVILA FUNES, José Alberto. “Eutanasia, distanasia, ortotanasia”. Marzo 2013. En <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>. Recuperado 05/10/14 16:10.

Estos temas en la actualidad son motivo de debate, debido a que hay quienes creen que el ser humano no tiene el derecho a decidir sobre su vida. En tanto otros, consideran lo contrario. También, están lo que se pronuncian a favor de la vida, pero en contra del sufrimiento.

III. Diferencias con la “Muerte Digna”

La muerte digna es “la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles. En otras palabras; una muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal”.⁷

Asimismo, los Cuidados Paliativos, según la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, *“son los cuidados activos totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responde al tratamiento curativo”.⁸*

Bajo estas definiciones podemos diferenciar los siguientes elementos:

A- En la eutanasia, la muerte es provocada por un profesional de la salud, mientras que en la muerte digna se retiran los medios necesarios para mantener con vida al paciente, esperando de esta manera una muerte natural.

B- En la eutanasia, el paciente debe solicitar que se le provoque la muerte, por no poder soportar el sufrimiento que está padeciendo. Por su parte, en la muerte digna el sufrimiento no es un elemento necesario. El paciente o sus representados podrán solicitar

⁷MACIÁ GÓMEZ, Román. “Concepto legal de muerte digna”. Octubre 2008. En <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z15.pdf>. Recuperado 05/10/14 16:19.

⁸ASTUDILLO, Wilson. MENDINUETA, Carmen. “Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuskoa”. Principios Generales de los Cuidados Paliativos. España. En http://www.3w3search.com/chronos/Chr_06.html. Recuperado 07/09/14 17:45.

que se le quiten aquellas maquinarias y/o tratamientos antinaturales, para poder de esta manera morir dignamente.

C- En ambos casos el objetivo central es la provocación acordada de la muerte, el carácter del procedimiento elegido hace la diferencia. En la eutanasia, la muerte provocada es para el propio beneficio del paciente y a su requerimiento. En tanto que en la muerte digna no se provoca la muerte de manera directa, si no que al retirar los tratamientos que mantienen con vida a la persona, aquella es provocada de una manera indirecta.

El paciente, en la muerte digna, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. En la eutanasia se exige la manifestación expresa y consciente del paciente y se emplea una inyección o veneno letal para producir la muerte del paciente en pocos minutos.

En nuestro país, el 9 de mayo del 2012, el Senado sancionó la ley 26.742 a favor de la iniciativa sobre muerte digna, que reconoce el derecho de los enfermos a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos con o sin expresión de causa, así como también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad.

Podrán rechazar también, procedimientos de hidratación o alimentación, cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa no significará la interrupción de otras acciones destinadas al adecuado control y alivio del sufrimiento.

IV. Eutanasia y Suicidio Asistido

La palabra eutanasia, de la que debe hacerse un uso restringido para referirse a aquellas actuaciones que producen la muerte de los pacientes de forma directa, se realizan a petición expresa, en un contexto de sufrimiento y realizado por profesionales sanitarios. Sin embargo, cuando en estas circunstancias, la actuación del profesional sólo se limita a

proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte, se habla de suicidio médicamente asistido o suicidio asistido.⁹

Este método consiste en suministrar los medios necesarios para poner fin a sus días, ya sea mediante drogas, aplicación de procedimientos, prescripción de sustancias letales, que no conlleva la intervención directa del médico, sino que el mismo sólo se limita a brindarle la medicación que lo llevará a la muerte. En este caso, es el propio paciente quien activa el mecanismo que termina con su vida.

El suicidio asistido, puede considerarse como un procedimiento intermedio entre un suicidio normal y la eutanasia voluntaria, pero no es del todo fácil establecer la frontera entre ambos. Dicha figura tiene en común con la eutanasia voluntaria que comparte el hecho de que la muerte ocurre en el contexto de una enfermedad penosa e incurable con la intervención de un médico. Para algunos, la aceptación legal del suicidio asistido es un primer paso hacia la legalización de la eutanasia.

El suicidio asistido posee tres características:

A- La muerte se presenta como una elección del paciente, que, informado sobre su estado patológico irreversible, prefiere no solamente renunciar a terapias inútiles, sino además acelerar un fin que, por otro lado, no se puede evitar;

B- El papel del médico se limita a proporcionar tanto el medio para quitarse la vida, con las oportunas instrucciones, como la asistencia para que la muerte ocurra de manera cierta y sin dolor;

D- El motivo que convertiría en legítima y obligada la intervención del médico no es ya un sentimiento evanescente, como la piedad, sino el deber riguroso de respetar la voluntad y autonomía del paciente.

V. Perspectivas respecto a la Eutanasia

En torno a la eutanasia existen diversas discusiones a favor y en contra de ésta. La discusión se centra principalmente respecto a la eutanasia activa, ya que a la pasiva,

⁹ LORDA, Pablo Simón. "Eutanasia y suicidio asistido". 2007. En <http://www.dmd.org.co/pdf/eutanasiaysuicidio.pdf>. Recuperado 26/10/14 20:14.

muchos no la consideran eutanasia propiamente dicha, en el sentido que con ella no se está quitando la vida a una persona sino que sólo se la está ayudando a paliar el sufrimiento.

Quienes están a favor de la eutanasia esgrimen motivaciones compasivas, miran el sufrimiento de la persona que se enfrenta a enfermedades terminales, incurables y que traen aparejados grandes dolores.

En síntesis, los argumentos a favor de la eutanasia son:

- Liberar a la persona de los sufrimientos propios de la enfermedad que padece.
- Abaratar los costos de la enfermedad.
- Salvar la dignidad del hombre al evitarse una imagen penosa.

Existe consenso contra la eutanasia en las distintas religiones, argumentado en que el derecho a la vida constituye un valor universalmente reconocido, y que la vida humana reviste un carácter sagrado, otorgado por aquello en lo que creen superior al ser humano, dador de la vida, y por lo tanto no corresponde al hombre decidir sobre su final.

Argumentan también el peligro que significaría la legalización de la eutanasia en casos límites, pues ello abre la posibilidad a una aceptación amplia de ella en situaciones inaceptables.

Otro fundamento señala que, de aceptarse la eutanasia, se produciría un deterioro de la confianza en los médicos por parte de los pacientes. Esto se podría producir a raíz de que el médico podría priorizar cuestiones financieras, es decir los gastos con los que carga el Estado por mantener con vida a una persona. Y en este orden de ideas, podría llevar al enfermo a que a la hora de dar el consentimiento no sea totalmente libre.

1. Posturas religiosas

A- La postura de la Iglesia católica

“Para la iglesia católica la eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona. Esta postura se funda en la ley natural y en la palabra de Dios escrita, que es transmitida por la tradición de la iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. La eutanasia conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio”.¹⁰

Toda vez que por su naturaleza la eutanasia tiene como fin causar la muerte, para la iglesia consiste en una forma de homicidio, pues implica que un hombre da muerte a otro, mediante un acto positivo o mediante la omisión de la atención y cuidados debidos.

La experiencia y la sabiduría humana entienden, por lo general, que la vida pertenece a la clase de bienes intocables que no podemos negociar con nadie, ni siquiera con nosotros mismos. Esos bienes tienden a identificarse con el misterio mismo de la existencia y de la dignidad humana.

La Eutanasia es una práctica contraria al Mandamiento de Dios “No Matarás”, ejecutarla sería un pecado grave, por ser considerada un homicidio.

Este mandamiento, establece honrar y respetar a nuestros padres, y a todos aquellos a quienes Dios ha investido de autoridad para nuestro bien.¹¹

El Código de Derecho Canónico hace referencia sobre la eutanasia en su artículo 2277, estableciendo que *“Cualesquiera sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable”*.¹²

Sin embargo, hay ciertas salvedades indicadas en el artículo 2278 del Código de Derecho Canónico, expresando que *“la interrupción de tratamientos médicos onerosos,*

¹⁰Catolicidad. En <http://www.catolicidad.com/2009/11/la-eutanasia-que-dice-la-iglesia-de.html>. Recuperado 18/09/14 19:39.

¹¹Código de Derecho Canónico. En http://www.vatican.va/archive/compendium_ccc/documents/archive_2005_compendium-ccc_sp.html. Recuperado 26/10/14 19:40.

¹²Código de Derecho Canónico. En http://www.vatican.va/archive/compendium_ccc/documents/archive_2005_compendium-ccc_sp.html. Recuperado 28/10/14 19:42.

*peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir esos tratamientos es rechazar el ‘encarnizamiento terapéutico’. Con esto no se pretende provocar la muerte, se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente”.*¹³

Mientras que, el artículo 2279 del Código de Derecho Canónico establece que *“aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados”.*¹⁴

B- Postura evangélica

Según Wolfgang Huber, presidente del Consejo de la Iglesia Evangélica, la religión evangélica argumenta que, a raíz de la resurrección de Jesús, los cristianos celebran la victoria sobre la muerte. Por este motivo, consideran que la vida no debe ser prolongada innecesariamente, pero tampoco que el ser humano puede disponer arbitrariamente de ella. La vida, con sus límites, es un don divino. Por ello los evangelistas se niegan a la eutanasia, es decir, a la muerte provocada conscientemente. Ellos fundamentan su postura en la fe cristiana y en la resurrección de Jesucristo, la cual ayuda a aceptar la caducidad de nuestra vida y a permitir la muerte cuando llega la hora.¹⁵

C- Postura judía

Según Joel Berger, ex rabino del estado de Baden-Württemberg, el judaísmo considera que, si nacimos en contra de nuestra voluntad, en contra de nuestra voluntad

¹³Código de Derecho Canónico. En http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html. Recuperado 26/10/14 19:43.

¹⁴Código de Derecho Canónico. En http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html. Recuperado 26/10/14 19:47.

¹⁵Las Religiones y la Eutanasia. En <http://www.dw.de/las-religiones-y-la-eutanasia/a-1532537>. Recuperado 09/09/14 16:04.

moriremos algún día.¹⁶ Uno de los postulados básicos del judaísmo es el de la supremacía de la vida humana, el cual se basa en la idea de que el hombre fue creado a imagen y semejanza de Dios. Cada fracción del cuerpo tiene el mismo valor. La tradición judía considera que la decisión de quién debe vivir y quién debe morir es exclusiva del Todopoderoso.¹⁷

D- Postura islámica

Según Nadeem Elyas, presidente del Consejo Islámico en Alemania, la postura islámica permite, en ciertos casos, que se concluya con las medidas para prolongan la vida artificialmente, fundamentándose en que no se debe de aferrarse a ella. Cuando la vida llega a su fin, hay que entrar con satisfacción a la muerte. Sin embargo, prohíbe toda clase de eutanasia, ya que la vida es un don divino el cual hay que proteger y cuidar lo más posible. El fin de la vida solo lo determina Dios.¹⁸

2. Posturas éticas

Podemos clasificar las posturas éticas en tres grandes grupos, dos de ellas con puntos de vista totalmente opuestos, y la tercera postura que establece un equilibrio entre aquellas.

A- Biologismo

Dentro del biologismo podemos encontrar dos posturas. Una de ellas, ve a la muerte como un mal absoluto, y a la vida como un bien absoluto. Es por ello que, un médico que participa de esta postura hará el máximo esfuerzo posible para preservar y prolongar la vida biológica del enfermo, pudiendo llegar al encarnizamiento terapéutico, prolongando la lucha por la vida del paciente hasta situaciones irracionales.

¹⁶Las Religiones y la Eutanasia. En <http://www.dw.de/las-religiones-y-la-eutanasia/a-1532537>. Recuperado 09/09/14 16:04.

¹⁷La Eutanasia en el judaísmo. En <http://tribuna.org.mx/la-eutanasia-en-el-judaismo/>. Recuperado 23/11/14 19:23.

¹⁸Las Religiones y la Eutanasia. En <http://www.dw.de/las-religiones-y-la-eutanasia/a-1532537>. Recuperado 09/09/14 16:04.

Otra postura biológica, se centra en un profundo respeto hacia la voluntad del paciente. En la práctica, puede llevar a que no haya un paciente terminal capaz de decidir sobre su tratamiento en condiciones de absoluta autonomía. Para dejar de aplicar un tratamiento extraordinario y mantenerlo biológicamente vivo, el paciente requiere imprescindiblemente de la decisión racional, precisa e informada de aquel. Esta decisión no se podría dar en pacientes tratados con narcóticos, con grandes dolores y afectados por las consecuencias tóxicas de la enfermedad.

B- Elitismo

Contraria al biologismo, esta postura se caracteriza por la distinción entre la “personalidad” y “la humanidad biológica”, que lo lleva a distinguir entre la persona humana real y ser sólo biológicamente humano. Esta postura indica que debemos juzgar la calidad de cada vida y preservar sólo las que son suficientemente valiosas, es decir, las que son “persona”.

Por lo tanto, los efectos de esta posición es distinguir a los pacientes biológicamente humanos vivos, considerados personas, de los que no tienen ese carácter. Los elitistas defienden la eutanasia activa en niños deficientes, y afirman que se puede quitar la vida a seres humanos cuya existencia es frustrante o constituye una carga.

C- Humanismo

La postura ética del humanismo entiende que la vida es un valor importante, y que no depende de su perfección o productividad. La vida de un paciente es un bien, aunque sea una vida limitada y sin utilidad, pero no es un bien absoluto, ya que existen valores que pueden equipararse o incluso superar aquella y por consiguiente, no debe prolongarse en cualquier circunstancia y a cualquier precio.

3. Posturas Jurídicas

Consideramos que es necesario renovar nuestras viejas legislaciones por unas más acordes con nuestra realidad.

En la actualidad el aborto, la muerte digna y la eutanasia, entre otras, se han convertido en problemas inevitables, y en consecuencia, necesitados de una normativa jurídica precisa para dar respuestas apropiadas a las situaciones planteadas.

Han sido muchos los científicos, abogados, médicos, que han propuesto estudiar el problema de la eutanasia, entre ellos podemos encontrar a Ferri, Binet- Sanglé, Binding y Hoche, Enrique Morselli y otros.

Enrico Ferri, en 1884, ya se preocupaba por el tema de la eutanasia, y en su obra *L' Homicidio-Suicidio*, plasma la responsabilidad jurídica del sujeto que da muerte a otro con su consentimiento, asimismo, intenta fijar las normas para diferenciar cuando el hecho es considerado delito y cuando no lo es. Los móviles le dan la pauta, para trazar el límite, y afirma que el que da muerte a otro, guiado por motivos piadosos, no debe ser considerado como delincuente.¹⁹

H. Binet- Sanglé, otro autor preocupado por la eutanasia, propuso un proyecto de reglamentación de la misma en su obra *L' Art de mourir (El Arte de Morir)*. En él establece que deberían de intervenir tres especialistas, patólogos, psicólogos y terapeuta. Así el sujeto que solicitara la eutanasia debía de ser examinado por estos tres peritos, que lo estudiarían para investigar los motivos de su decisión. Si a juicio de los tres profesionales, se trata de una enfermedad incurable y dolorosa, le será otorgado el derecho a morir.²⁰

Como ya hemos señalado en el punto de muerte digna, en la Argentina en el año 2012, la Cámara de Senadores sancionó la ley de dicha figura. Asimismo, se destacó que la iniciativa "no contempla ni la eutanasia ni el suicidio asistido". Es decir que, se ha avanzado en la problemática de la falta de legislación respecto de la muerte digna, pero aun hoy nos encontramos con un vacío legal respecto a la eutanasia, que debería ser tratado con la importancia que merece.

¹⁹ARTIACHI DE LEON, Angélica. *Opúsculos de derecho penal y criminología*. Ed Marcos Lerner editorial Córdoba. Córdoba 1998. Páginas 37-38-39-40.

²⁰ARTIACHI DE LEON, Angélica. *Opúsculos de derecho penal y criminología*. Ed Marcos Lerner editorial Córdoba. Córdoba 1998. Páginas 37-38-39-40.

4. Posturas Médica

Entre las posturas médicas en contra de la eutanasia podemos encontrar a Hipócrates, médico griego de la Isla de Cos (469-399 a.C.), es el más famoso médico de la antigüedad, el padre indiscutido de la medicina moderna. Sus discípulos recopilaron su obra compuesta por 70 escritos, en el Corpus Hippocraticum. En él, se recogen los textos fundacionales de la tradición médica occidental. Allí es donde encontramos conceptos de salud y enfermedad que hoy seguimos considerando nuestros tiempos.

Uno de los textos que forman parte de esta colección, es el que lleva el título de Juramento Hipocrático, y es el que tradicionalmente realizaban los médicos al graduarse. Obviamente contrario a la eutanasia, unos de sus párrafos dice: *"Aplicaré mis tratamientos para beneficio de los enfermos, según mi capacidad y buen juicio, y me abstendré de hacerles daño o injusticia. A nadie, aunque me lo pidiera, daré un veneno ni a nadie le sugeriré que lo tome"*.²¹

Siguiendo este orden de ideas, señalan que *"los médicos son sanadores no asesinos. La calidad de vida futura de un individuo no puede ser determinada por sus cuidadores. El papel del médico es promover la salud, curar cuando sea posible, y aliviar el dolor y el sufrimiento como parte de la atención que ofrece. La negligencia intencional para disponer de una vida humana nunca es aceptable, independientemente de los mandatos del sistema de salud"*.²²

Profesores universitarios de Madrid, en un documento redactado en el año 2008 denominado "La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica", consideran que el auxilio al suicidio y la eutanasia configuran atentados contra la vida humana reprobables ética y jurídicamente.²³

²¹Juramento Hipocrático. En <http://www.unav.es/cdb/juramento1.html>. Recuperado 18/09/14 20:00.

²²Observatorio de Bioética. En <http://www.observatoriobioetica.org/2014/04/los-medicos-son-sanadores-no-asesinos-afirma-el-american-college-of-pediatricians/>. Recuperado 18/09/14 20:04.

²³CANO, César Nombela; LOPEZ TIMONEDA, Francisco y Otros. "La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica". En http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf. Recuperado 18/09/14 20:09.

También es rechazable la obstinación terapéutica, o el privar a cualquier persona del derecho a asumir lo más serenamente posible su proceso de muerte. Por ello, ante un enfermo terminal, con dolor físico o sufrimiento moral, lo más justo y humano sería acompañar al enfermo y administrarle tratamientos proporcionados para paliar sus dolores, respetando siempre, tanto la vida como la muerte.²⁴

*“El Dr. Gonzalo Herranz Rodríguez, médico, Profesor honorario y Miembro de la Academia Pontificia para la Vida, considera que de acuerdo con la deontología profesional del médico, la eutanasia y la ayuda médica al suicidio son incompatibles con la ética médica y que ese es el parecer universal, consolidado por la Asociación Médica Mundial en sus Declaraciones de Madrid (1988) y Marbella (1992)”.*²⁵

Otra de las posturas en la medicina, es aquella que se muestra a favor de las decisiones del paciente, como es “el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, realizada en Londres, en Octubre de 1949, enmendado por las asambleas de los años 1968, 1983, y 2006, en unos de sus mandamientos, establece que el médico debe respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento”.²⁶

El derecho a la autodeterminación del paciente y la responsabilidad civil, obligan al médico a brindar adecuada información sobre diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y riesgos. El "consentimiento informado" del paciente, supone que éste, comprenda la situación en la que ha de decidir.

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, en su versión 1995, comienza con esta afirmación: *“La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda, ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el*

²⁴CANO, César Nombela; LOPEZ TIMONEDA, Francisco y Otros. “La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica”. En [http://eprints.ucm.es/11693/1/La Eutanasia perspectiva etica juridica y medica.pdf](http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf). Recuperado 18/09/14 20:09.

²⁵HERRANZ, Gonzalo. “Los médicos y la eutanasia”. Publicado en la revista OMC. 1998. En <http://www.unav.es/cdb/dhbgheutanasia.html>. Recuperado 18/09/14 20:12.

²⁶Código Internacional de Ética Médica. En <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/>. Recuperado 18/09/14 20:14.

*médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente”.*²⁷

“La Organización Médica Colegial de España ha apoyado la opinión manifestada por el CPME sobre la eutanasia en los siguientes términos:

-El deber principal de un médico y de su equipo con respecto al cuidado de los pacientes terminales consiste en facilitar toda la gama de cuidados paliativos. Esto incluye aliviar o prevenir el sufrimiento y dar al paciente la asistencia necesaria para proteger o mejorar su calidad de vida. Los conocimientos y la conciencia del médico se concentran en cumplir esta obligación.

-El paciente tiene derecho a su autonomía, incluso a rechazar procedimientos diagnósticos, tratamientos o alimentación.

-El tratamiento médico de apoyo vital puede abandonarse o no empezarse en función de los deseos expresados por el paciente.

-No es ético tomar medidas cuya finalidad sea terminar deliberadamente con la vida de un paciente, tanto si son a petición del mismo o de sus familiares como si no.

-La dignidad del paciente y su derecho a la intimidad deben respetarse siempre.

-Es necesario un mayor desarrollo y aplicación de los cuidados paliativos.

*El Comité Permanente de Médicos Europeos instó a todos los médicos a no participar en la eutanasia, aunque sea legal en su país, o esté despenalizada en determinadas circunstancias.”*²⁸

²⁷REMIS, José Antonio. “Pasado y presente del juramento Hipocrático Análisis de su vigencia”. 2009. En <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v73n2/v73n2a01.pdf>. Recuperado 18/09/14 20:18.

²⁸Organización Médica Colegial de España. En https://www.cgcom.es/noticias/2004/09/04_09_27_eutanasia. Recuperado 18/09/14 20:21.

Capítulo II

Antecedentes Históricos y Aspectos Bioéticos

I. Evolución del concepto Eutanasia

En cada período se le ha otorgado al concepto Eutanasia un uso y un valor distinto. En el siglo XVII aparece dicho concepto con el filósofo Francis Bacon, quien empezó a utilizar este término haciendo referencia a aquellas medidas encaminadas a transformar la muerte en algo menos desagradable, apoyando física y espiritualmente, al enfermo.

La relación del hombre con la muerte, viene desde el inicio de los tiempo, si bien el primer autor que utilizó el término Eutanasia es Bacon, el cual desarrollaremos en el punto 3 del presente capítulo, existen muchos otros autores que se han ocupado del tema.

1. Edad Antigua

El primer significado de eutanasia en la antigüedad greco-romana, fue 'Feliciter honeste mori' (morir con una muerte feliz y honesta). Esto significa, morir bien y sin dolor, pero esta idea no tiene en cuenta la ayuda a morir, como si lo tiene la eutanasia y el suicidio asistido.²⁹

No obstante, a lo largo de la historia y desde épocas antiguas, han sido objeto de constante reflexión y literatura temas como la muerte, el modo en que las personas la encuentran, el derecho de las personas a decidir sobre ella y el deseo de morir de una manera feliz y honesta.

La cultura griega, que se centraba en lo sano y lo bello, consideraba que una mala vida no era digna de ser vivida y por tanto, ayudar a una persona para morir no era un problema para ellos.

²⁹La eutanasia en la historia. 2008. En <http://pifo-eutanasia.blogspot.mx/2008/12/la-eutanasia-en-la-historia.html>. Recuperado 25/09/14 20:57.

Platón, filósofo griego³⁰ (427 -348 a. C), en uno de sus libros más conocidos, 'La República', planteó que quien no es capaz de realizar las funciones que le son propias dentro de sociedad, no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para él como para toda la colectividad.

Sin embargo, su discípulo Aristóteles (384 - 332 a.C.), consideraba que dar muerte o dejar morir a un ser humano, era aceptable cuando tuviera un fin político útil.

En Atenas, el Estado acostumbraba a suministrar el veneno (la cicuta) a quienes lo solicitaban explícitamente para poner fin a sus sufrimientos. Por otra parte, en la sociedad espartana, los niños deformes eran abandonados, mientras los ancianos eran considerablemente respetados.

En Roma, similar al pueblo griego, existía el suministro de cicuta a la disposición de quien se mostrara ante la Corte con deseos de abandonar la vida, y el texto legal denominado "ley de las XII tablas", que contenía las normas para regular la convivencia del pueblo romano, autorizaba legalmente a los padres a matar a los hijos que nacían deformes.³¹

Los esquimales, uno de los grupos humanos más primitivos conocidos por los antropólogos, constituyen la licitud del suicidio derivado de uno de los postulados en la organización social esquimal: '*no se puede mantener a los miembros improductivos de la sociedad*'.³² Tanto el suicidio, infanticidio, senilicidio, dar muerte a los inválidos y la muerte voluntaria como asistida son actos aprobados socialmente, y también en ocasiones, conductas debidas. Los ancianos que no pueden ya contribuir a las cargas sociales no solo pierden su derecho de vivir, sino que adquieren el derecho a que se los mate.

³⁰PLATÓN. *República*. Citado en PABÓN, Juan Manuel. GALIANO FERNÁNDEZ, Manuel. (Comp.) *La República*. Editorial Grupo Anaya Comercial. 2012.

³¹MARTINEZ ZAMORA, Numy C. "Dilemas éticos de la eutanasia". Publicado el 24/09/2007. En <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/684/1/Dilrmas-eticos-de-la-eutanasia.html>. Recuperado 02/10/14 19:19.

³² JUANATEY DORADO, Carmen. "Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia". En <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo2.pdf>. Recuperado 02/10 19:21.

De forma contraria, Pitágoras, filósofo y matemático griego (570 - 480 a. C); Hipócrates, médico griego (460-366 a. C) cuyo juramento ha llevado a nuestros días como paradigma del comportamiento médico y Galeno, médico griego (131-201 A.C) propugnaron la defensa de la vida humana.³³

Hipócrates admitió que, los médicos tienen el conocimiento para curar pero también lo tiene para matar, y por esta razón, surge el juramento de los médicos acordando que nunca usaran su conocimiento para matar, ni ante la propia demanda de un paciente. El juramento hipocrático dice: "*A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin*".³⁴

2. Edad Media y comienzos del Renacimiento

Durante la Edad Media se originaron cambios frente a la muerte y al acto de morir, la autoridad cristiana estigmatizó al suicidio como pecado mortal. De los diez mandamientos, el 'no matarás' era considerado como el más importante y ningún hombre podía infringirlo, aunque se tratase de los sufrimientos más crueles. Sólo se permitía "matar por misericordia" a los que caían gravemente heridos en el campo de batalla, pero los cristianos medievales no estaban de acuerdo con la muerte por compasión, ya que consideraban que el dolor venía de Dios y debía ser aceptado como expresión de su voluntad. Para ellos, el sufrimiento y el dolor eran instrumentos para la purificación de los pecados.

Con la llegada del cristianismo, la visión sobre la eutanasia cambia adoptando una actitud contraria hacia ella. La Biblia no la reconoce, y tanto el Antiguo como el Nuevo Testamento muestran respeto hacia las personas más viejas y sabias, acogiendo una actitud solidaria con el que sufre. La ética cristiana no se concentra en lo "bello y en lo sano" sino

³³ARROCHA CASTILLO, Antoine; SOSA MOLINA, José Eduardo. "Eutanasia, antecedentes históricos y tendencias actuales". Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas. Revista 16 de Abril. Cuba 2000/2001. En <http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/eutanasia.html>. Recuperado 02/10/14 19:26.

³⁴ZAMUDIO, Teodora. "El juramento hipocrático". 2009-2012. En <http://www.bioetica.org/cuadernos/contenidos/hipocrates.htm>. Recuperado 13/10/14 20:52.

que considera al enfermo como una persona cuya atención debe ser privilegiada para el que sigue a Jesús, ya que es él quien toma la decisión de qué hacer con los enfermos.

Santo Tomás de Aquino, en su obra 'la Summa Teológica', reprueba el suicidio aludiendo que va en contra del amor de Dios, del amor que el hombre se debe a sí mismo, y en contra de la sociedad. Sostenía que *"el suicidio es el más grave de los pecados porque uno no puede arrepentirse de él"*.³⁵

El concilio de Orleans³⁶ del año 533, acordó denegar la celebración de funerales a los suicidas por haber cometido un acto criminal y en el año 693 se anunció que cualquiera que intentara suicidarse sería automáticamente apartado y quien atentara contra su propia vida no recibiría cristiana sepultura.

3. Renacimiento, Edad Moderna y Contemporánea

La llegada de la modernidad termina con el pensamiento medieval, debido a que la perspectiva cristiana deja de ser la única. En la edad moderna la salud puede ser alcanzada con el apoyo de la técnica, de las ciencias naturales y de la medicina.

En 1623, el filósofo inglés Francis Bacon fue el primero en retomar la eutanasia como método y diferenciar dos tipos: la "eutanasia exterior" como término directo de la vida y la "eutanasia interior" como preparación espiritual para la muerte.³⁷

A raíz de esto, Bacon refiere la eutanasia como la tradición del "arte del buen morir" como parte del "arte de vivir" y agrega a esta tradición algo que para la Edad Media era imposible: la muerte de un enfermo ayudado por el médico.³⁸

³⁵SANTO TOMAS DE AQUINO. *La suma teológica*. Edición 4. En <http://biblioteca.campusdominicano.org/1.pdf>. Recuperado 26/10/14 20:25.

³⁶ANATRELLA, Tony. *Contra la sociedad depresiva*. Editorial Sal Terrae Poligono de Raos. 1994. En http://books.google.com.ar/books?id=kxb9ujaq7n8C&pg=PA267&lpg=PA267&dq=el+concilio+de+Orleans+del+a%C3%B1o+533&source=bl&ots=1WsqeDA9bU&sig=HEh5O_gR-mK17N6EgYg5ZkWfnmw&hl=es&sa=X&ei=8v86VIKzFsOONuuUgbAB&ved=0CDAQ6AEwBA#v=onepage&q=el%20concilio%20de%20Orleans%20del%20a%C3%B1o%20533&f=false. Recuperado 13/10/14 20:58.

³⁷"La eutanasia en Puerto Rico, un asunto sin tratar". En <http://www.slideshare.net/MaryBetancourtFontanez/eutanasia-en-pr>. Recuperado 02/10/14 19:55.

Tomas Moro en su obra, la Utopía (1516)³⁹, presenta una sociedad irrealizable en la que los habitantes de ese país inexistente justifican el suicidio y también la eutanasia activa, sin usar este nombre.

Tanto para los habitantes de la Utopía como para Bacon, el deseo del enfermo es un requisito decisivo de la eutanasia. Contra la voluntad del enfermo o sin aclaración, la eutanasia no puede tener lugar.

David Hume, filósofo escocés (1711 a 1776), refiere que si el disponer de la vida humana fuera algo reservado a Dios, sería tan criminal el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla. Justifica la eutanasia en términos prácticos al decir que *“una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga y hacer de ella algo peor que la aniquilación. Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si esta mereciera conservarse”*.⁴⁰

Contrario al pensamiento de Moro, Bacon y Hume, se encontraba los pensamientos del filósofo Immanuel Kant (1724 a 1804), quien fundamentado en sus creencias cristianas, consideraba que el suicidio infringe los deberes y el respeto para consigo mismo. Frente a la eutanasia tiene en cuenta la potencialidad de ese ser humano que se quita la vida, las posibilidades de desarrollo de sus capacidades. Es decir que la vida no vale por sí misma, sino en función de un proyecto de vida ligado con una libertad y una autonomía.⁴¹

La idea de eutanasia como la conocemos hoy, surgió primeramente de la obra “el derecho a morir” escrita por Jorst en 1895. Posteriormente, en 1920 el abogado Karl Binding

³⁸“La eutanasia en Puerto Rico, un asunto sin tratar”. En <http://www.slideshare.net/MaryBetancourtFontanez/eutanasia-en-pr>. Recuperado 02/10/14 19:55.

³⁹MORO, Tomas. *Utopía*. Enero 1964. En <https://historia1imagen.files.wordpress.com/2009/08/morotomas-utopia.pdf>. Recuperado 13/10/14 20:44.

⁴⁰FERNANDEZ, Sergio; LOPEZ, Eloy y Otros. “Eutanasia: historia y actualidad”. En http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=5434&n link=revista_artigos_leitura. Recuperado 02/10/14 20:00.

⁴¹FERNANDEZ, Sergio; LOPEZ, Eloy y Otros. “Eutanasia: historia y actualidad”. En http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=5434&n link=revista_artigos_leitura. Recuperado 02/10/14 20:00.

y el psiquiatra Alfred Hoche publicaron *“la licitud de destruir la vida que no merece vivir”*⁴². A raíz de la polémica desatada por este libro, se autorizó la eutanasia en Alemania en la década de los años veinte, aprobada como una medida para los enfermos inútiles sin connotaciones racistas.

En sus comienzos se alegaban motivos de compasión, de calidad de vida y contención de gastos, es decir, las mismas razones que se alegan actualmente. Primero se aplicó en minusválidos, retrasados mentales y locos ya que consideraban que los gastos ocasionados por ellos eran excesivos. A partir del siglo XX alcanza notoriedad.

II- Principios de la bioética

El antecedente más remoto que llevo al desarrollo de la bioética, se sitúa en la II Guerra Mundial tras los crímenes de guerra cometidos por los nazis, donde realizaron experimentos directamente en humanos, con los prisioneros de guerra, cuyo descubrimiento posterior dio origen al Código de Núremberg; el surgimiento de esta nueva disciplina ocurre en la segunda mitad de este siglo.

A fines de la década de los 60 y principios de los años 70, el incremento de las crisis consecuentes del capitalismo, por un aumento de la producción y disminución del consumo, produce un período de estancamiento e inflación en la economía. El exceso de liquidez (capital que no encuentra ubicación rentable) trata de encontrar como destino fundamental las áreas subdesarrolladas de América Latina y el Caribe. En el seno de la sociedad norteamericana se entroniza el modelo económico neoliberal, que propugna la libertad económica como madre de todas las libertades, enfatizando en que el mercado es la solución a todos los problemas.⁴³

⁴²La eutanasia. En <http://redessvida.org/publicaciones-red-latinoamericana-de-sacerdotes-y-seminaristas-por-la-vida/245-la-eutanasia>. Recuperado 01/11/14 21:13.

⁴³AMARO, María del Carmen. Lic. LEMUS, Ángela y Otros. “Principios básicos de la bioética”. Cuba Enfermer 1996. En http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm. Recuperado 13/10/14 19:45.

Pero el crecimiento económico que trajo consigo el nuevo modelo económico no sacio las desigualdades sociales se hicieron cada vez más notorias. Todo este clima de insatisfacción social atenuó una gran crisis de valores morales y, al propio tiempo, permitió la reflexión acerca de sus consecuencias.⁴⁴

En 1970 Van Rensselaer Potter, médico oncólogo, contrastó el término 'bioética'. El cual describió como *"la ciencia de la supervivencia, con la finalidad principal de promover la calidad de la vida. Observaba esta disciplina como el conjunto de análisis desde la ética hacia la ciencia. Una ciencia que busca cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre en el cosmos"*.⁴⁵

Así, Potter, elabora su teoría acerca de una nueva disciplina, para estudiar los problemas morales surgidos a raíz del desarrollo científico y que abarca, no sólo al hombre sano o enfermo, sino a todas las personas que tienen relación con la mejor calidad de vida del hombre.

La bioética es *"el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se analiza a la luz de los principios y valores morales"*.⁴⁶

En otras palabras, podemos ver a la bioética como la parte dentro de la ética que aborda los principios de la conducta del ser humano relacionada con la vida, ya sea humana o vegetal.

La bioética no defiende una actitud moral concreta ni busca ofrecer respuestas determinadas y definitivas, sólo intenta establecer una reflexión fundamentada, crítica y argumentada apuntada a la singularidad de la situación concreta.

⁴⁴AMARO, María del Carmen. Lic. LEMUS, Ángela y Otros. "Principios básicos de la bioética". Cuba Enfermer 1996. En http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm. Recuperado 13/10/14 19:45.

⁴⁵GARCIA, José Juan. "Bioética". En <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/bioetica>. Recuperado 13/10/14 19:50.

⁴⁶Enciclopedia de bioética del Instituto Joseph I Rose Kennedy. 1978. Citado en GARCIA, José Juan. "Bioética". En <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/bioetica>. Recuperado 13/10/14 19:51.

Esta disciplina se basa en los hechos concretos, principios y reglas. Aquellos que guían al profesional de la salud a la solución de ciertos problemas. Son normas generales, necesarias y no absolutas para dirimir los dilemas éticos, ordenando los argumentos y permitiendo resolver las diversas situaciones, basándose en el principio que predomine en la situación determinada.

En el ámbito de la salud, por ejemplo, surgen conflictos entre la voluntad de los pacientes y el criterio de los profesionales. Sin embargo, esta disciplina no es un protocolo que establece la conducta considerada correcta, sino que aporta elementos de reflexión que ayudan a analizar la situación concreta para que se llegue a la decisión más acertada.

La bioética, a diferencia de la ética médica, no se limita al ámbito médico sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales.

El debate sobre los principios de la bioética se inicia en 1974, cuando el Congreso de los Estados Unidos crea la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, para identificar los principios éticos básicos que deben aplicarse a la investigación con seres humanos en la medicina y las ciencias de la conducta. En 1978 los comisionados publican el "*Informe Belmont*"⁴⁷, donde se establecen los principales principios de la bioética basados en el respeto, justicia y beneficencia.

Dicho informe sólo se refiere a las cuestiones éticas surgidas en el ámbito de la investigación clínica, y más concretamente en la experimentación con seres humanos. Es por eso que Tom L. Beauchamp y James F. Childress, en su famoso libro "Principios de ética

⁴⁷Cfr. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, "Informe Belmont de 30 de septiembre de 1978. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación", en M. CASADO (con la colaboración de S. Darío Bergel, M. Dobernig, G. Figueroa Yáñez y A. Sánchez Urrutia): *Las leyes de la bioética*. Gedisa, Barcelona 2004, 85-111. En <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>. Recuperado 23:01 11/10/14.

biomédica” publicado en 1979, donde distinguen cuatro principios aplicados a la ética asistencial.

Estos principios, buscan concretar y materializar el respeto de la persona (principio de autonomía), su bienestar (principios de beneficencia y no-maleficencia) así como la igualdad (principio de justicia).

1. Principio de autonomía

El principio de autonomía es, tal vez, el más importante de todos los principios. *“Consiste en que cada persona es auto determinante para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo, es decir, que al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias”.*⁴⁸

Este principio parte de la idea de que el hombre está dotado de plena libertad para elegir la opción médica que más le convenga, teniendo en cuenta su naturaleza libre y autónoma de ser humano, con inteligencia y capacidad suficiente para discernir entre las opciones que más le favorezcan.

En consecuencia, el hecho de que el paciente no acepte el tratamiento propuesto por los médicos configura una situación difícil de resolver para ellos, debido a que deben obedecer la decisión del paciente, lo que se contrapone con su compromiso adquirido desde el momento de realizar el juramento hipocrático de salvaguardar la vida de las personas. Este principio, podría entrar en colisión con el principio de beneficencia, entendiéndose esta idea desde la óptica de que el profesional no puede llevar a cabo ningún tipo de terapia médica sin la aprobación del paciente.

⁴⁸FERRERO, María. Dra. MOLINA RODRIGUEZ, Luzcarin y Otros. “La bioética y sus principios”. Volumen 42 N° 2. 2009. Citado en CASTILLO, A. (1999). “Principios, Normas y Obligaciones del médico”. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Modulo N° 1, Caracas. Páginas 235-245. En <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp>. Recuperado 13/10/14 19:59.

Se debe tener en cuenta, además, que los médicos tienen el compromiso de “salvar vidas”, pero se debate si esto justifica que decidan, en nombre del paciente, qué tratamiento o terapia médica es la que más le conviene al enfermo. Ello en virtud de que le puede traerle más perjuicios que beneficios en su esfera personal, social y familiar.

Sin embargo, este principio no debe ser interpretado de forma amplia, ya que el paciente no puede hacer o elegir lo que él pretenda, sino que en el ámbito médico, se respecta brindando correcta información al paciente de su situación y de las posibles alternativas de tratamientos disponibles. Por este motivo, para que este principio tenga plena eficacia es necesario que los profesionales médicos adviertan a la persona sujeta a experimentación o terapia médica de los riesgos y consecuencias que ésta conlleva, para que el paciente pueda elegir dotado de una completa información.

Los médicos deben respetar las decisiones de los pacientes que, luego de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar una decisión. Por este motivo, el reconocimiento del principio de autonomía del enfermo se centra en el “consentimiento informado”, que regula la relación entre el médico y el paciente.

2. Principio de Beneficencia

*“Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, es el deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio”.*⁴⁹

⁴⁹RODRIGUEZ, W. (2004). “Apuntes Bioéticos desde el campo de la salud-Odontología”. Caracas. Citado en FERRERO, María. Dra. MOLINA RODRIGUEZ, Luzcarin y Otros. “La bioética y sus principios”. Volumen 42 N° 2. 2009. En <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp>. Recuperado 13/10/14 20:02.

Este principio implica, el deber del médico de llevar a cabo acciones positivas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor. Considera la necesidad de valorar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos.

El profesional de la salud fundamenta su labor en el principio de beneficencia, ya que consiste en el deber de asistir a las personas que lo necesiten, dirigido a garantizar la salud de la sociedad en un sentido amplio. Para esto se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y sobre el conocimiento de las particularidades de la población que asiste. No debe centrarse únicamente en curar o en restablecer la salud, sino también en prevenir y en educar.

Una enfermera cumple con el principio la beneficencia, a partir del momento en que se preocupa y brinda atención de calidad, pero también lo aplica al ejecutar acciones dependientes de las órdenes médicas, un ejemplo sería, ajustar el horario de la administración de los medicamentos no a su comodidad sino a las necesidades del paciente.

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

3. Principio de No Maleficencia

*“Obliga a no hacer daño intencionadamente. ‘Primum non nocere’ (en primer lugar, no hacer daño)”.*⁵⁰

Este principio está contemplado en el juramento hipocrático cuando expresa *“Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño”.*⁵¹

⁵⁰THOMPSON GARCIA, Julia. “Los principios de ética bioética”. CCAP año 5 Modulo 4. Página 20. En http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf. Recuperado 13/10/14 20:07.

Es uno de los más antiguos para los profesionales de la salud. La no maleficencia se concentra en tres principios: no abandono del paciente, en el principio de precaución, que ayuda a evitar cualquier mala praxis; y principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en salud pública.

Pero puede existir el abandono, no sólo por parte del equipo profesional de salud, sino de la familia y la comunidad. Por lo tanto, también existe la responsabilidad familiar (por abandono familiar del paciente), y responsabilidad comunitaria (por abandono institucional y social).

Asimismo, de este principio derivan ciertas obligaciones para los médicos, las cuales consisten en realizar un análisis del riesgo/beneficio ante la toma de una decisión y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte (distanasia). Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Existen algunos autores, como es el caso de William Frankena, que consideran que los dos principios (beneficencia y no maleficencia) pueden unificarse, tomándose el principio de no maleficencia como parte integrante del de beneficencia.⁵²

No obstante, éstos se pueden diferenciar en que, el principio de beneficencia es el que guía las acciones de los profesionales de la salud, mientras que el principio de no maleficencia hace referencia a la abstención de una acción de daño por parte del profesional.

⁵¹GRACIA, D. "El qué y por qué de la Bioética: cuadernos del programa regional de la bioética". Madrid 1995. Páginas 35-53. Citando en FERRERO, María. Dra. MOLINA RODRIGUEZ, Luzcarin y Otros. "La bioética y sus principios". Volumen 42 N° 2. 2009. En <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp>. Recuperado 13/10/14 20:11.

⁵²AVALE, Aldana. "Principios de beneficencia en la bioética". Julio 2013. En <http://suite101.net/article/el-principio-de-beneficencia-en-la-bioetica-a18480#.VDW-dvI5NNM>. Recuperado 13/10/14 20:18.

4. Principio de Justicia

“Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente. Según estos autores, se refiere a «la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social».”⁵³

Podemos decir que se cumplirá con este principio si al paciente se le da el trato merecido o justo sin negarle un servicio, una información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida. Por lo tanto, *“consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios”.*⁵⁴

Además, se relaciona con otros de ellos, como es el principio de equidad, en el acceso a los recursos de la salud; el principio del respeto a los derechos; y con el principio de protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables en la ética clínica o en la investigación biomédica.

En un sentido general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado, aunque ello no evade la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en su aplicación. La enfermera emplea el principio de la justicia, cuando, ante una urgencia, atiende al más necesitado de los posibles a recuperar; cuando en una sala de cuidados especiales atiende al más grave; cuando valora las necesidades de un paciente y jerarquiza debidamente la satisfacción de las mismas.

⁵³SIURANA APARISI, Juan Carlos. “Los principios de la bioética y el seguimiento de una bioética intelectual”. Veritas N°22. Marzo 2010. En <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>. Recuperado 13/10/14 20:23.

⁵⁴GOMEZ SANCHEZ, Pio Iván. “Principios básicos de bioética”. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. En http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf. Recuperado 13/10/14 20:26.

El concepto de justicia en el ámbito de la salud significa *“dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos. Por ello, en el mundo contemporáneo, la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público”*.⁵⁵

5. Aspectos Internacionales de la Bioética

- **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos**⁵⁶

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos fue creada en la 33ª Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en octubre de 2005.

La República Argentina en general, y particularmente la Secretaría de Derechos Humanos, tuvo un rol fundamental en la construcción de este instrumento que, hoy se inscribe en el contexto normativo del derecho internacional de los derechos humanos.

Por su carácter universal, esta Declaración es una muestra del estado de consenso alcanzado entre las distintas regiones del mundo para poder construir un texto común, pero reflejando a la vez las particularidades de cada una de las regiones, a fin de que se sientan comprendidos y representados en la problemática que la aqueja.

La finalidad de esta Declaración es suscitar y estimular nuevos debates sobre problemas éticos, con el fin de ampliar el alcance de este documento. Este es un instrumento universal de sensibilización, difusión de la información, educación y promoción del debate público. Para estos efectos ofrece un marco universal de principios que deben ser respetados por la dignidad de los seres humanos, reconoce los beneficios derivados de los adelantos científicos, promoviendo un acceso equitativo a ellos. Reconoce además el respeto a la biodiversidad y protege los intereses de las generaciones actuales y venideras.

⁵⁵AMARO, María del Carmen. Lic. LEMUS, Ángela y Otros. “Principios básicos de la bioética”. Cuba Enfermer 1996. En http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm. Recuperado 13/10/14 20:31.

⁵⁶Declaración Universal sobre la Bioética y Derechos Humanos. Artículos. Ver anexo I. Página 83.

Asimismo, la Declaración proporciona en sus principios y procedimientos, orientar a los Estados en la formulación de sus legislaciones y políticas en el ámbito de la bioética y reconoce los beneficios considerables que emanan del progreso de la ciencia y la tecnología, velando al mismo tiempo, para que ese progreso se realice en el marco de los principios éticos que respetan la dignidad humana y protegen los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Ninguna disposición de la presente Declaración podrá interpretarse como si confiriera a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

La Declaración enumera y define brevemente los principios bioéticos que han sido aceptados universalmente en anteriores Declaraciones de la UNESCO y de otras organizaciones y sociedades científicas internacionales.

Los principios éticos que se enuncian deben ser respetados por los responsables políticos nacionales e internacionales, por los prestadores de salud y por los grupos, organismos profesionales y asociaciones de científicos, porque representan distintas justificaciones racionales a las acciones humanas. Estos principios se pueden clasificar en tres niveles de relaciones:

1- Principios relacionados directamente con la dignidad humana: derechos humanos, libertades fundamentales, autonomía, consentimiento y confidencialidad.

2- Relaciones entre los seres humanos: solidaridad, cooperación, responsabilidad social, equidad, beneficencia, justicia y diversidad cultural.

3- Relaciones entre seres humanos y otras formas de vida y con la biósfera.

Podemos resumir estos principios en:

- La dignidad humana y los derechos humanos exigen que los intereses y el bienestar de la persona humana prevalezcan sobre el interés exclusivo de la ciencia y de la sociedad.

- La igualdad fundamental de los seres humanos exige que sean tratados con justicia y equidad.

- En las decisiones prácticas que se adopten, la persona interesada debe ser protegida de efectos nocivos, de discriminación, de estigmatización y con respeto a la diversidad cultural.

- En las investigaciones científicas deben respetarse la autonomía, la responsabilidad individual con el consentimiento previo, libre, informado y expreso de la persona interesada.

- El respeto a la vida privada y a la confidencialidad está asociada en forma irrestricta a una persona identificable.

- El progreso de la ciencia y de la tecnología deberá estar asociado a una responsabilidad social, al bien común de la humanidad, dentro de un contexto de solidaridad y cooperación internacional con poblaciones vulnerables. Los beneficios resultantes de las investigaciones deberán ser compartidos por todos los seres humanos.

- Finalmente, se reafirma la responsabilidad de que los seres humanos deben proteger el medio ambiente, la biodiversidad y la biósfera.

La Declaración enumera las normas sobre cómo estos principios deben ser aplicados con profesionalismo, honestidad, integridad, transparencia y considerando los conflictos de intereses. Deben ser promovidos los debates públicos pluralistas que respeten todas las opiniones. Los Comités de Ética deben ser independientes, autónomos, multidisciplinarios y pluralistas.

En los aspectos prácticos se deben evaluar y prevenir los riesgos de las aplicaciones científicas y tecnológicas en las experimentaciones en seres vivos. Se deben

regular en forma equitativa las prácticas comerciales y económicas transnacionales y permitir la libre circulación de las actividades científicas. Los beneficios resultantes de las investigaciones científicas deben ser compartidos con la sociedad en su conjunto.

Los estados miembros de la UNESCO deberán adecuar sus legislaciones, para que los principios enunciados en la presente Declaración puedan ser aplicados en sus poblaciones.

Capítulo III

Derecho comparado

I. Ordenamientos que contemplan la Eutanasia

1- Holanda

En el Continente Europeo, Holanda ha determinado reformas legales que otorgan inmunidad legal a los médicos que practican la eutanasia, incluso en su modalidad activa directa.

La discusión sobre la regulación de dicha figura, comenzó a raíz de un caso pionero que tuvo lugar en el año 1971, cuando la doctora Geertruda Postma, por piedad, puso fin a la vida de su madre con una inyección de una dosis mortal de morfina⁵⁷. Este caso, no sólo era impactante por tratarse de una relación madre e hija; el punto más crítico se apoyaba en que la madre no se encontraba bajo un sufrimiento físico insostenible, sino bajo un gran sufrimiento psicológico. Si bien el tribunal de Distrito Leeuwarden encontró a la Dra. Postma culpable, aplicando una pena de un año de prisión en suspenso y un año bajo el instituto de la “probation”, su condena abrió una ventana a la aprobación.

Posteriormente, una sentencia dictada por el Juzgado de Leeuwarden el 21 de febrero de 1973, se fundamentó en el estado de necesidad contenido en el artículo 40⁵⁸ del Código Penal holandés. En dicha sentencia, se establecieron cuatro requisitos, bajo los cuales de ser cumplidos no sería castigada, siempre que concurrieran junto con el dictamen previo de un especialista médico de sanidad estatal. Por lo tanto, la eutanasia sería aceptable si cumplía con las siguientes condiciones:

⁵⁷NERLAND, Lynn Tracy. “A cry for help: a comparison of voluntary”. *Active Euthanasia Law*, *Hastings International and Comparative Law Review*, Vol. XIII, Fall, 1989, N° 1. Página 133. Citando en MEDINA, Graciela. “Comentario a la ley Holandesa de Eutanasia”. En <http://www.gracielamedina.com/assets/Uploads/derecho-comparado/comentario-ley-holandesa-de-eutanasia.pdf>. Recuperado 18/10/14 20:31.

⁵⁸Código Penal Holandés. Artículo 40 – No será punible el que se viere obligado a cometer un acto debido a causas de fuerza mayor.

- Que el paciente padeciera de una enfermedad médicamente incurable.
- Que el paciente experimentara un sufrimiento insoportable.
- Que el paciente solicitara el deseo de terminar su vida.
- Que el acto se realizara por el médico que tratara al paciente o que fuera consultado por éste.

Durante la década de los años setenta, la práctica de la eutanasia se fue extendiendo bajo el amparo de esta sentencia. Si se demostraba que habían cumplido estas condiciones, el médico era absuelto del proceso.

En la década de los ochenta, comenzaron las diferencias entre los distritos judiciales, ya que en algunos de ellos los médicos podían ser arrestados y encarcelados por estas prácticas.

En los casos de absolución, la causal jurídica consistía en considerar la situación en que se encontraba el médico, de tener que elegir entre su obligación de cuidar a su paciente y la obligación de cumplir con las leyes. Se trataba de eximir de responsabilidad bajo el estado de necesidad.

En 1982 comienza la preocupación gubernamental por regular la situación existente. Se tomaron dos medidas gubernativas que consistían en lo siguiente:

a. Se estableció que la discusión de iniciar o no acciones legales contra un médico quedaba a cargo de los fiscales de distrito.

b. Se estableció una Comisión estatal sobre la eutanasia integrada por 15 miembros de distintas profesiones.

El informe elaborado por esta Comisión sugirió, por trece votos contra tres, la modificación al Código Penal, despenalizando las prácticas de muerte asistida y eutanasia.

(Arts. 293⁵⁹ y 294⁶⁰ del Código Penal Holandés) justificando el homicidio consentido o la asistencia al suicidio realizados en determinadas circunstancias y dentro de la prácticamédica cuidadosa.⁶¹ Sin embargo, este informe no tuvo gran repercusión.

Luego, en 1987 y 1989, se presentaron nuevos proyectos sobre la eutanasia sin conseguir aprobación alguna.

En 1990 el Gobierno holandés tomó dos decisiones importantes: una de ellas fue crear una nueva Comisión que tenía por objeto redactar un informe acerca de la práctica de la eutanasia con el fin de evaluar su regulación legal. Mientras que, la segunda decisión consistió en negociar con la Real Asociación médica holandesa un procedimiento uniforme de notificación oficial de los actos de eutanasia para lo cual se modificó la estructura del Acta de Defunción.

Sin embargo, en 1992 se aprobó una ley que, en lugar de entrar en el fondo del asunto (Código Penal), modificó la ley de Inhumaciones, estableciendo un procedimiento para que los médicos notificaran la muerte por eutanasia, sin establecer suficientes garantías legales (más allá de la jurisprudencia).

En 1993 se despenaliza la eutanasia, es decir que no se culpaba a los médicos que la practicaban. Lo que comenzó siendo una práctica tolerada se consagra como ley en el año 2001. La ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, entró en vigor el 1 de abril de 2002, estableciendo los requisitos que hacen impune la eutanasia, que aún sigue prohibida por el Código Penal Holandés.

⁵⁹Código Penal Holandés. Artículo 293: El que disponga de la vida de otro, respondiendo a una petición seria y explícita de éste, será castigado con pena de cárcel de hasta 12 años y multa. No será punible si la acción la ha llevado a cabo un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal.

⁶⁰Código Penal Holandés. Artículo 294: Aquel que intencionadamente induzca a otro al suicidio, le preste auxilio o le facilite los medios necesarios para hacerlo, si el suicidio se consuma, será castigado con pena de cárcel de hasta tres años y multa. No será castigado si la ayuda es prestada por un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

⁶¹CARMEN, Tomás. "la Regulación de Eutanasia en Holanda". Vol. L. 1997. En http://portal.uclm.es/descargas/idp_docs/doctrinas/tomasyaliente.pdf. Recuperado 18/10/14 20:45.

La ley considera a la eutanasia como “toda intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable, a petición expresa de este”.

En el artículo 2 de la ley, establece los requisitos de diligencia que si se cumplen, no hacen punible la práctica de la eutanasia. Ellos son:

- Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda.
- Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, es decir, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Esta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas.
- Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.
- Que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro.
- Que se haya consultado a otro facultativo y que este haya corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tienen que consultar dos médicos. Los médicos consultores tienen que ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre la situación.
- Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.

Se excluyen del concepto de eutanasia:

- La conducta activa para causar la muerte de enfermos comatosos y recién nacidos, ya que no pueden expresar su voluntad de morir.
- La administración de una medicación analgésica para evitar o mitigar el padecimiento, pese a que este acelere la muerte.

- La supresión o el no inicio de tratamientos que no tienen una finalidad terapéutica sino sólo paliativa.

Siempre y cuando se cumplan los requisitos anteriores, el médico podrá atender la petición de morir de:

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

También se modifica la ley de disposición de cadáveres en el artículo 7 estableciendo que *“si la muerte de una persona se ha producido por la aplicación de técnicas destinadas a poner fin a la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, el médico no expedirá certificado de defunción, sino que informará inmediatamente al forense municipal y le enviará informe el médico forense –si se dan los requisitos– lo comunicará a la Comisión Regional de Comprobación. Si no se cumplen los requisitos lo comunicará al Ministerio Fiscal para, si procede, aplicar el Código Penal”*.

Esta Comisión Regional, que se encuentra mencionada en el artículo 3 de la Ley, está compuesta por un jurista, un médico y un experto en ética, nombrados por los Ministerios de Sanidad y de Justicia por un periodo de seis años. Las funciones de la Comisión son:

- Valorar el cumplimiento de los requisitos en cada supuesto en que se haya practicado la eutanasia o se haya ayudado al suicidio.
- Pedir información complementaria al médico.

- Emitir en un plazo de seis semanas, un dictamen aprobado por mayoría simple de los miembros de la Comisión. Este dictamen se trasladará al médico y simultáneamente al fiscal en caso de incumplimiento de los requisitos.

La Comisión posee un registro de casos e informa anualmente a los ministerios de Justicia y Sanidad.

Por lo tanto, podemos decir que en Holanda se mantiene penalizados como crimen la eutanasia y el auxilio al suicidio, a excepción de los casos en que se cumplan los requisitos que se han establecido legalmente para poder practicarlos. Cualquier otra conducta que tenga por resultado la muerte del paciente, sin cumplir con los requisitos marcados, será castigada penalmente.

➤ **Caso**

Este país, aplicó por primera vez la eutanasia a una paciente con demencia avanzada, lo cual no tiene precedentes desde que se aprobó hace diez años la ley que regula esa práctica.

El caso corresponde a una mujer de sesenta y cuatro años, que residía en Brabante. La cual había dejado constancia de querer morir cuando no tuviese uso de razón.

La comisión de expertos que debe dar la aprobación respecto de la eutanasia, como los médicos implicados en su práctica aceptaron su realización, ya que la mujer había dejado constancia por escrito su voluntad de morir en cuanto no tuviese uso de razón y si se la tenía que trasladar a un centro de cuidados para ancianos.

La mujer, que falleció en marzo del año 2014, indicó reiteradamente durante ocho años a su médico su deseo de que se le practicara una eutanasia, lo cual también fue determinante para aceptar el caso.

Nunca antes se practicó la eutanasia en pacientes sin discernimiento mental en la última fase de su enfermedad, porque la ley exige que el enfermo reitere hasta el último momento su deseo de morir.⁶²

2- Bélgica

En Bélgica, se aprobó el 28 de mayo de 2002 una ley relativa a la eutanasia que entró en vigor en septiembre del mismo año. En oposición a la legislación Holandesa, se despenaliza la eutanasia pero no se menciona el suicidio asistido, ya que a diferencia de otros países europeos, donde los Códigos Penales castigan el auxilio al suicidio a todos los efectos, el Código Penal Belga no lo castiga y, por este motivo, no se incluyó en la ley despenalizadora. Es decir que, la actuación de una persona que presta auxilio al suicidio en un contexto eutanásico (padecimiento insoportable, enfermedad irreversible o terminal a solitud propia) no podría ser castigada por la justicia.

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

Los requisitos que la ley belga establece para la eutanasia son:

- Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición.
- Que la petición sea voluntaria, reiterada sin pretensiones exteriores, pudiendo haberla manifestado en un documento de voluntades anticipadas que tenga una vigencia inferior a cinco años. La posibilidad de solicitar la eutanasia mediante un

⁶²El diario vespertino Nrc Handelsbland. "Holanda aplicó por primera vez la eutanasia a persona con demencia avanzada". Noviembre 2011. En <http://www.cooperativa.cl/noticias/mundo/europa/holanda/holanda-aplico-por-primera-vez-la-eutanasia-a-persona-con-demencia-avanzada/2011-11-10/064125.html>. Recuperado 23/10/14 19:50.

documento de voluntades anticipadas está regulado por un decreto de 2 de abril de 2003.

- Que haya padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable.

El médico tiene que:

- Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos.
- Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables.
- Consultar a otro médico independiente que tiene que visitar el paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones.
- Recopilar información del equipo cuidador si es que existe.
- Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno.
- Dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia.

Después de practicada la eutanasia, el médico tiene cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación (CFCE) la documentación completa que establece la Ley. La CFCE está formada por ocho médicos, cuatro de los cuales deben ser profesores universitarios, cuatro profesores universitarios de derecho y cuatro personas que provienen del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables.⁶³

➤ **La Eutanasia en menores**

El 13 de febrero de 2014 el Parlamento Belga aprobó la ley que regula la eutanasia en niños que padecen enfermedades graves. La ley permite la eutanasia de niños que sufren de forma permanente un dolor grave. Se requerirá el consentimiento de los padres y excluirá a los niños con discapacidad intelectual o enfermedades mentales y deberá tener la aprobación de un equipo médico multidisciplinario, que valorara detenidamente la

⁶³SANCHEZ, Miguel y ROMERO LÓPEZ, A. "Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación en Europa, Oregón y Australia". Vol. 13. 2006. En <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>. Recuperado 23/10/14 19:58.

capacidad mental de estos niños. La aprobación de esta ley, marca la culminación de una progresiva aceptación en Bélgica de esta figura.

En marzo de 2005 reconociendo que estaban aumentando las acciones eutanásicas en niños, sin la debida protección legal, médicos de la Universidad de Groningen publicaron un documento en el que se trataban de regular la eutanasia en los recién nacidos con problemas de discapacidad. Dicho documento es favorable a que la eutanasia activa sea legalizada en niños con un desesperanzado pronóstico que tienen un sufrimiento insoportable. El protocolo especifica que terminar con la vida de estos niños puede ser aceptable si se cumplen cuatro requisitos:⁶⁴

- a. La presencia de un sufrimiento sin esperanza
- b. El consentimiento de ambos padres
- c. La consulta médica correspondiente
- d. Que el procedimiento para terminar con la vida de estos niños sea acorde con los estándares médicos.

En resumen, se puede decir que la eutanasia de niños en Bélgica sería permisible para aquellos en estado terminal, próximos a la muerte y que experimentan un sufrimiento constante y no tratable. También manifestaban que todos los pacientes, incluidos los menores, deben tener acceso a unidades de cuidados paliativos, que pueden contribuir a aligerar los sufrimientos de los pacientes y a ayudarlos a morir.

➤ **Caso**

Frank Van den Bleeken de cincuenta años, fue condenado a cadena perpetua por violación y asesinato. Tras conocer la sentencia, Frank requirió a un juzgado de Bruselas que

⁶⁴ Observatorio de Bioética. “La eutanasia pediátrica en Bélgica”. En <http://www.observatoriobioetica.org/2014/07/la-eutanasia-pediatrica-en-belgica/>. Recuperado 22/10/14 19:59.

lo autorizara a practicarse la eutanasia, ya que argumentaba padecer sufrimiento psiquiátrico insoportable. Por primera vez, se concedió dicha solicitud a un preso.

La historia de esta petición se remonta, al día en el que Van den Bleeken fue declarado culpable de los cargos que se le acusaban, era víctima de un trastorno psicológico de hace ya tres décadas. Durante su encarcelamiento, había sido sometido a distintos tratamientos, sin poder lograr superar sus impulsos sexuales.

Según aseguró el abogado del preso, los médicos que han atendido a Van den Bleeken, han concluido que "el sufrimiento que estaba viviendo era insoportable y que nada se podía hacer para aliviarlo".

Al ver que los tratamientos médicos que recibía para "aliviar su sufrimiento psíquico" no lo curaban, pidió ser trasladado a un centro especializado en Holanda. Sin embargo, esta opción fue denegada porque los juristas no confiaban en que fuera a solucionar el problema.

Tras la denegación del traslado, solicitó nuevamente en 2011 la autorización para practicarse la eutanasia, pero la Comisión Federal que determina en qué casos puede aplicarse este derecho, no permitió su aplicación hasta agotar todas las vías terapéuticas, que según el preso y su abogado, "ya estaban agotadas".

Después de la negativa, el caso se destacó en las portadas de los periódicos y el preso participó en un documental, pedía un cambio en materia de derechos civiles. "*Si una persona comete un crimen sexual, el Estado debe ayudarlo a sobrellevarlo. Encerrarle no ayuda a nadie: ni a la persona, ni a la sociedad y ni a las víctimas*", señalaba y añadía que "*con razón, nunca seré libre. Fuera de la cárcel, habría un gran peligro de que volviera a cometer graves errores de nuevo*".

Van den Bleeken, recurrió la decisión en los tribunales y ofreció la posibilidad de someterse a dicha práctica en una cárcel en Holanda, cuya legislación ya permitía la eutanasia para estos casos. Sin embargo, ya no haría falta su traslado, ya que la justicia flamenca había reconocido su derecho a la eutanasia.

Bleeken tenía derecho, en primer lugar, a elegir un hospital como cualquier enfermo que solicita en Bélgica la eutanasia y la fecha. Una vez que elegido el centro médico y la fecha, el violador tuvo cuarenta y ocho horas para despedirse de su familia antes de que un equipo médico le provocara la muerte.

Los familiares de las víctimas de las violaciones de Van den Bleeken, estaban en contra de que se le aplique la Eutanasia, ya que hubiera preferido que cumpla la condena establecida por el tribunal, es decir, la cadena perpetua.⁶⁵

3- Luxemburgo

El Parlamento de Luxemburgo aprobó, en el año 2008, la ley que despenaliza la eutanasia activa. Para esto, se debió modificar la Constitución y limitar los poderes del Gran Duque Enrique I, quien se negó a sancionar el entonces proyecto de ley por razones de conciencia.

Luxemburgo se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia. La experiencia de Holanda y Bélgica, países pertenecientes a la unión fronteriza Benelux, demostraba que no hay riesgo de abuso en una legislación similar a la de Bélgica.

La nueva norma establece que, no se sancionará penalmente y no dará lugar a ninguna acción civil por daños e intereses, el hecho de que un médico responda a una petición de eutanasia o asistencia al suicidio de un mayor de edad o menor emancipado con un diagnóstico irreversible. Es decir que, un médico podrá ayudar a morir a un paciente con una enfermedad incurable, que previamente haya expresado su deseo de dejar de vivir

La propia ley determina en qué circunstancias no se sancionará al médico cuando induzca la muerte de una persona. Ellas son:

⁶⁵La información. "Bélgica autoriza a un violador y asesino". Septiembre 16 del 2014. En http://noticias.lainformacion.com/mundo/belgica-autoriza-la-eutanasia-a-un-violador-y-asesino_uU46jwApoMhbtAjTziyUN5/. Recuperado 26/10/14 20:55.

- Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado,
- Un diagnóstico irreversible y un sufrimiento físico o psíquico "constante e insoportable sin perspectiva de mejora" y
- Que exponga de manera voluntaria y reiterada, sin presión externa, su deseo de morir.

Asimismo, el texto establece la obligación del médico de informar adecuadamente al enfermo de su situación, sus posibilidades terapéuticas y consultar a otro profesional sobre el carácter grave e incurable de la afección. También instaura el 'testamento vital', en el que el enfermo hará constar por escrito su voluntad y que se archivará en un registro controlado por la Dirección de Salud Pública.

A raíz de que la legislación de este país es muy reciente, no existen casos prácticos notoriamente conocidos aún.

II. Ordenamientos que contemplan el Suicidio Asistido

1- Suiza

En Suiza la eutanasia continúa penalizada, pero no así el auxilio al suicidio. Aunque a diferencia de Holanda, no necesariamente tiene que contar con la asistencia del médico, ésta sólo se exigirá en el caso de que sea necesaria para asegurar el control correcto de la prescripción, y no porque se considere que ésta ayuda sea una función de la medicina.

Un requisito ineludible del auxilio al suicidio en Suiza es que detrás de la actuación de quien ayuda, no haya ninguna motivación egoísta ni de tipo personal o económico. Si esto se llegase a acreditar, el responsable sería perseguido penalmente, de acuerdo con el artículo 115 de su Código Penal de Suiza.

Los requisitos que deben ser cumplidos para que la acción sea encuadrada en suicidio asistido y no como eutanasia, son:

- Que la demanda de asistencia sea seria y repetida a lo largo del tiempo
- Que haya una enfermedad incurable, cuyo desenlace fatal sea previsible.
- Que esa enfermedad provoque en el paciente sufrimientos psíquicos y físicos que hagan su existencia insoportable.
- Capacidad de discernimiento, es decir, solicitar de forma racional la aplicación.

Suiza cuenta con tres organizaciones voluntarias que dan apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio: EXIT, que actúa en los cantones de habla germánica e italiana; AMD, en los cantones franceses; y DIGNITAS, para las personas extranjeras que vayan a Suiza.

Solo podrán solicitar la práctica los ciudadanos suizos o extranjeros que sean residentes permanentes en Suiza.

La ley hace referencia al 'acompañante', que es la persona que se ocupa del seguimiento personalizado del paciente, voluntarios que conocen el caso, reúne a familiares y amigos y, llegado el momento, proporcionan al paciente la solución letal.

Hay un periodo 'de gracia' entre la demanda de suicidio asistido y su puesta en práctica. Se concede un tiempo para que el paciente pueda arreglar sus cuentas con la vida y despedirse de familiares y amigos. Luego, a partir del momento en que se fija la fecha definitiva, se pide una confirmación al paciente de que esa es, efectivamente, su voluntad.

En la práctica, lo que se les proporciona a los pacientes para finalizar con su vida, es una solución con unos diez gramos de pentobarbital de sodio mezclada con un zumo que el paciente debe, necesariamente, ser capaz de ingerir con sus propias fuerzas. Caso contrario, se trataría de una eutanasia, y no de un suicidio asistido.

➤ **Caso**

El señor Edward Thomas Downes, y su esposa, Joan, se suicidaron en un centro de eutanasia de Suiza.

Downes, de ochenta y cinco años, y su esposa Joan, de setenta y cuatro, murieron en paz y en las circunstancias que ellos mismos eligieron, con la ayuda de la Asociación Dignitas.

A Joan le habían diagnosticado cáncer terminal, su marido estaba casi ciego y en el último tiempo había experimentado una grave pérdida de la audición. Por estos motivos, decidieron terminar con sus vidas antes que seguir lidiando con graves problemas de salud.

Caractacus Downes, uno de los hijos de la pareja, comentó que la opción del suicidio asistido concordaba con la filosofía de vida de sus padres, que estuvieron casados durante cincuenta y cuatro años, y aunque en un primer momento fue difícil de aceptarla, la familia no tuvo problemas en apoyarlos.

Agregó que sus padres murieron juntos, en calma, después de haber bebido un pequeño vaso de un líquido claro; luego se acostaron en la cama y unos pocos minutos después ya estaban dormidos.

Los suicidios de estos ancianos son los más recientes de una serie de casos prominentes que han suscitado llamados para hacer un cambio legal en Gran Bretaña, donde son ilegales el suicidio asistido y la eutanasia.

2- Estados Unidos

En Estados Unidos la mentalidad en torno a la eutanasia difiere de la de Holanda. En general, tanto médicos como ciudadanos, son más resistentes a la eutanasia a diferencia

del suicidio asistido. Teniendo, frente a este último, mayor flexibilidad ya que incluso no es penalizado en algunos Estados de este país.

El doctor T. Quill con la colaboración de los doctores C.K. Cassel y D.E. Meier, desarrolló y publicó algunos criterios clínicos de suicidio asistido con la finalidad de prevenir abusos en esta materia y dar una opción a los enfermos incurables. El propósito de los autores era apreciar la situación privada de los pacientes como la repercusión pública en la ética civil.⁶⁶

Estos criterios eran los siguientes:

1- El paciente tiene que expresar por propia iniciativa y de forma clara y reiterada que desea morir antes que continuar sufriendo.

2- El juicio del paciente no debe estar distorsionado. Debe ser capaz de comprender la decisión, sus implicancias y consecuencias.

3- El paciente tiene que padecer un proceso incurable y que esté asociado a un sufrimiento intenso.

4- El médico tiene que asegurarse de que el sufrimiento y la petición del paciente no son el resultado de la ausencia de cuidados adicionales.

5- El suicidio médicamente asistido sólo debe ser llevado a cabo en el contexto de una relación médico-paciente significativo. Aunque puede no ser posible una relación anterior, el médico tiene que llegar a conocer personalmente al paciente para que las razones de la petición sean totalmente comprendidas.

6- Se requiere la consulta con otro médico con experiencia en cuidados paliativos.

7- Se requiere una documentación clara que apoye cada una de las decisiones previamente expuestas (siempre y cuando un proceso como éste llegue a ser públicamente

⁶⁶SILVA ALARCÓN, Doris. "La eutanasia. Aspectos doctrinarios y jurídicos". En <http://muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>. Recuperado 22/10/1420:29.

autorizado). Se desarrollará un sistema para comunicar, revisar, estudiar y distinguir claramente tales muertes de otras formas de suicidio.

El primero de los proyectos fue la Iniciativa 119, el que trataba de modificar el acta de muerte natural del Estado de Washington para legalizar la muerte médicamente asistida para los enfermos terminales. El proyecto no distinguía entre eutanasia y suicidio asistido. A finales de 1991, fue rechazado este proyecto.

El segundo proyecto fue la Propuesta 161 de 1992, que pretendía legalizar la muerte médicamente asistida en el Estado de California. Este proyecto explicaba de mejor forma que se trataba de eutanasia como de suicidio asistido, pero también este proyecto fue rechazado.

El tercer proyecto, Ballot Measure pretendía que el Estado de Oregón legalizara exclusivamente el suicidio asistido de los enfermos terminales, el cual fue aprobado en noviembre de 1994. Esta ley regula el suicidio médicamente asistido y no la eutanasia, ya que no trata los casos en que el enfermo terminal no puede terminar con su vida por sí mismo. En 1995 fue declarada inconstitucional, pero el año 1997 se aprobó nuevamente.

Según el doctor T. Quill⁶⁷ en la redacción de la ley de Oregón la distinción entre eutanasia y suicidio asistido es poco relevante y que lo decisivo son criterios de control de los casos de muerte asistida. En opinión de otros, esta ley legítima la práctica de la eutanasia y establece como principio que la eutanasia estará limitada a casos extremos y siempre que al paciente se le hayan dado todas las alternativas de solución distintas de la eutanasia, destacándose así su carácter subsidiario para el paciente.

Los criterios que señala esta ley son los siguientes:

a. Permite la práctica de la eutanasia activa, es decir, aquella caracterizada por la provocación de la muerte que se obtiene mediante hechos dirigidos a acortar o suprimir el curso vital.

⁶⁷SILVA ALARCÓN, Doris. "La eutanasia. Aspectos doctrinarios y jurídicos". Página 23. En <http://muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>. Recuperado 22/10/14 20:27.

b. Establece como requisito esencial la voluntad del paciente que solicita la eutanasia. Se estima necesaria una decisión informada de parte del paciente. Dentro de la información que el paciente debe recibir de parte de su médico se incluye la posibilidad de que el paciente pueda recibir un asesoramiento mediante el cual pueda ser examinado por un psiquiatra o un psicólogo autorizado para determinar que el paciente no sufra de una alteración psiquiátrica o psicológica o una depresión que incida en su juicio al tomar la decisión. Con el requisito de la decisión informada se pretende asegurar que la manifestación de la voluntad del paciente sea reflejo de su querer interno.

c. Se establece una aplicación restrictiva de la eutanasia, es decir bajo determinados requisitos:

1- Debe tratarse de un paciente terminal que la ley define como “Aquel que está afectado por una enfermedad incurable e irreversible, y que conforme al juicio del médico razonable, producirá la muerte dentro de seis meses”.

2- La condición de enfermo terminal debe ser determinada por un procedimiento que en síntesis consiste en la revisión de su calidad de enfermo terminal por dos médicos.

3- Deben transcurrir más de 15 días entre la manifestación de la voluntad oral del paciente y la entrega de los medicamentos que causen la muerte y más de 48 horas en el caso de manifestación de voluntad escrita.

d. Participación activa de los médicos en la práctica de la eutanasia. El médico debe asegurarse que se hayan cumplido todos los requisitos que la ley establece antes de otorgar los medicamentos que causen la muerte del paciente.

e. Exención de responsabilidad de los médicos que intervienen en la práctica de la eutanasia. El requisito es que los médicos, el personal sanitario y los establecimientos de salud donde se practique la eutanasia, de buena fe, cumplan con la ley.

f. Criterio de subsidiariedad en la práctica de la eutanasia. Se establece que la eutanasia procederá en casos extremos y siempre que al paciente se le hayan dado todas las alternativas de solución posibles.

En 2008 en Washington, el electorado votó a favor de la Iniciativa 1000 para legalizar el suicidio asistido en el Estado, aprobando la Washington Deathwith Dignity Act y se convirtió en el segundo estado en aprobar una ley de este tipo después de Oregón. En ambos casos, la medida se convirtió en ley tras ser aprobada en referéndum popular.

De acuerdo con el contenido de la legislación, que es muy parecido en ambos estados, los adultos que padecen una enfermedad terminal y se encuentran en perfecto uso de razón, pueden solicitar asistencia de sus doctores para que les prescriban una combinación de drogas que les provoque la muerte.

El fundamento de esta ley es el reconocimiento del derecho de las personas a gestionar, no sólo su vida sino también su muerte, sobre la base del respeto a su autonomía.

Por lo mismo se busca asegurar que la decisión sea personal y libre de presiones, ya que se mantiene la prohibición legal de atentar contra la vida de las personas.

Antes de realizar la práctica, los doctores están obligados a informar al Departamento de Sanidad del estado de Washington. En las fichas recibidas por esta institución, se constata que la mayoría de los enfermos padecían cáncer, y citaban como principal razón su "pérdida de autonomía", y su voluntad de "morir dignamente". Entre sus motivaciones, también es mencionado el dolor, y el miedo a constituir una carga para familiares y amigos.

Finalmente cabe recordar, que este tipo de leyes permite, pero no obliga a los médicos a asistir el suicidio de un enfermo o a practicar la eutanasia a petición suya. La objeción de conciencia del profesional siempre es válida y así lo reconocen las leyes que regulan la eutanasia o el suicidio asistido en algunos países europeos, como también en estos dos Estados norteamericanos respectivamente.

El 5 de diciembre de 2008 un Juez del Estado de Montana, a propósito de una demanda de un enfermo terminal apoyado por una asociación pro-muerte digna, dictaminó que los enfermos terminales tienen el derecho a la libre administración de dosis letales, medicamentos recetados por un médico, sin que pueda haber sanción legal contra los profesionales. En diciembre de 2009, la Corte Suprema de Montana sostuvo que ningún precedente legal indica que la asistencia médica en la muerte esté en contra de las políticas públicas, por lo que, por una vía diferente al referéndum, el suicidio asistido es legal en este Estado.

Vermont, en el noreste de Estados Unidos, se convirtió en el tercer Estado del país en permitir conforme a una ley el suicidio asistido. La ley aprobada en el año 2013, habilita a los pacientes terminales, a los que no les han dado más que seis meses de vida, pedir a sus médicos que les administren dosis letales de drogas para apresurar su muerte.

La legislación incluye varias salvaguardias: el requisito de dos opiniones médicas, la opción de una evaluación psiquiátrica y un período de espera de 17 días antes de la prescripción para poner fin a la vida.⁶⁸

Nuevo México se convirtió en el quinto Estado donde los médicos podrán recetar a los pacientes en estado terminal medicamentos que les ayuden a morir, según una sentencia histórica dictaminada por una juez de dicho estado.

El Juez Nan Nash definió el suicidio asistido a un enfermo incurable como un "derecho fundamental" de los pacientes terminales con sus capacidades mentales para decidir sobre su vida.

La Magistrada expresó en su fallo, que no puede imaginar un derecho más fundamental, más privado o más integral para la libertad, la seguridad y la felicidad de un ciudadano de Nuevo México, que el derecho de un paciente competente y con una enfermedad terminal a optar por pedir ayuda para morir.

⁶⁸El espectador. "Aprueban suicidio asistido en Vermont, EE.UU". Octubre 26 del 2013. En <http://www.elespectador.com/noticias/elmundo/aprueban-suicidio-asistido-vermont-eeuu-articulo-421803>. Recuperado 26/10/14 21:04.

La decisión se produjo después de una audiencia de dos días de un caso presentado por dos médicos en nombre de Aja Riggs, una paciente con cáncer uterino de 49 años de edad, quien optaría por el suicidio asistido si la afección empeorara. La resolución señaló que los dos médicos —que acumulan dos décadas de experiencia en asistencia a la muerte en Oregón— no pueden ser perseguidos legalmente por ayudar a sus pacientes a morir en Nuevo México al recetar los medicamentos que necesitan. No está claro si la decisión se aplicará en todo el estado o simplemente en el distrito en el que se anunció.

➤ **Caso**

Bretna Maynard, una enferma terminal de veintinueve años de edad, de California, quien se mudó a Oregón para acceder a una muerte con dignidad, se convirtió en un icono para la autonomía de final de la vida en la actualidad. Ella lanzó una campaña valiente con “Compassión y Opciones” para aumentar la disponibilidad de esa opción para los demás.

Bretna se acercó a “Compassión y Opciones” para ayudar a compartir su historia en un esfuerzo por cambiar las leyes de modo que todo el que lo desee puede acceder a la ayuda para morir.

Diagnosticada con cáncer cerebral incurable, la estadounidense tenía un tumor cerebral muy agresivo y su expectativa de vida, según los médicos, era en aquel momento de un par de meses. Bretna se hizo cargo de su atención médica. Teniendo en cuenta el apoyo familiar y recursos financieros, Bretna fue capaz de viajar a Oregón.⁶⁹

En enero del 2014, Brittany había empezado a sufrir intensos dolores de cabeza. Los estudios le habían mostrado un tumor, por el que fue operada y los médicos en principio le habían dicho que le quedaba entre tres y diez años de vida. Pero la reaparición del cáncer

⁶⁹Compassion & Choices. “Dead with dignity at 29”. En <https://www.compassionandchoices.org/2014/10/09/death-with-dignity-at-29-2/>. Recuperado 26/10/14 21:12. Traducción propia.

en una forma más agresiva redujo ese plazo a unos seis meses. Fue entonces cuando la joven resolvió no esperar a que la muerte la sorprenda. Posteriormente, tuvo ataques epilépticos y fuertes dolores y necesitaba ayuda las 24 horas del día, comentó Gwen Fitzgerald, vocero de Compassion & Choices, con quien trabajaba Maynard.⁷⁰

En su cama, rodeada de su marido, su mamá y un puñado más de afectos, es como Brittany Maynard decidió que sería su muerte y hasta fijó como fecha el 1° de noviembre del año 2014.

La joven compartió en la Web un video en el que contaba su historia y manifestaba su deseo de “morir en paz”. En las imágenes mostraba los frascos con las drogas que se disponía a tomar para ponerle fin a su vida. Eligió esa fecha para poder acompañar por última vez a su marido, Dan Diaz, en su cumpleaños. Él fue parte del video en donde aprobaba la decisión de la joven con la que se casó en 2012 en California.

Finalmente, tras posponer la decisión de terminar con su vida, Brittany ingirió la dosis letal el 2° de noviembre del 2014.

La ley de suicidio asistido en Oregón exige que el enfermo incurable se tome él mismo la dosis mortal del medicamento, sin que un médico pueda ayudarlo, pues la Eutanasia está prohibida en Estados Unidos.

⁷⁰Clarín. “Eutanasia en EE.UU: conmoción y polémica por el caso de la joven que planea su muerte”. Octubre 13 del 2014. En http://www.clarin.com/sociedad/Eutanasia-EEUU-conmocion-polemica-muerte_0_1229277353.html. Recuperado 26/10/14 21:15.

Capítulo IV

Proyecto de ley para regular el Suicidio Asistido y la Eutanasia en Argentina

LEY DE SUICIDIO ASISTIDO Y EUTANASIA

Honorable Cámara de Diputados

De manera atenta nos dirigimos a usted con el fin de presentar proyecto de ley ordinaria, *“Por el cual se reglamentan las prácticas del Suicidio Asistido y la Eutanasia en Argentina, y se dictan otras disposiciones”*, como se lee a continuación:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. Objeto.

Esta ley tiene el propósito de reglamentar la forma en que se atenderán las solicitudes de los pacientes sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica al Suicidio Asistido y la Eutanasia por los respectivos médicos tratantes; así también, establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de estas figuras, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida.

Para cumplir con dicho propósito, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Eutanasia:** es la terminación intencional de la vida de una persona, por parte del médico tratante, de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente, que esté sufriendo intensos dolores, continuados

padecimientos o una condición de gran dependencia que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal.

- **Suicidio asistido:** consiste en ayudar o asistir intencionalmente a el paciente por parte del médico tratante, a cometer suicidio, o proveerle de los medios necesarios para la realización del mismo, a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal.
- **Médico Tratante:** el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente ha prestado auxilio al suicidio.
- **Médico de Referencia:** es el profesional de la medicina que ha sido consultado por el médico tratante, en segunda instancia, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del paciente que ha solicitado la terminación de su vida de una forma digna y humana, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia
- **La Comisión:** comisión de comprobación a que se refiere el artículo 7.
- **Consejería:** se refiere a un equipo de apoyo conformado por psicólogos y psiquiatras dirigido al paciente que ha solicitado reiteradamente a su médico tratante la terminación de su vida de forma digna y humana; con el propósito de determinar la situación real del paciente, la madurez de su juicio y su voluntad inequívoca de morir; así como para confirmar que no sufre de ningún desorden psiquiátrico, psicológico o de una depresión momentánea que pueda estar perturbando su juicio.
- **Decisión Informada:** es la decisión tomada por el paciente, de solicitar u obtener una orden o prescripción médica, de su médico tratante, para terminar con su vida de una forma digna y humana. Esto implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas, así como las diferentes alternativas existentes en medicina paliativa, incluyendo tratamientos

para el control del dolor y su pronóstico; y además, que cuenta con la capacidad suficiente para tomar la decisión.

- **Enfermedad Terminal:** es aquella enfermedad incurable e irreversible o lesión grave que ha sido certificada y confirmada por el médico tratante, que se estima producirá la muerte del paciente en un lapso no superior a seis (6) meses, sin que éste último lapso constituya una constante invariable, ya que puede variar según las circunstancias particulares de cada caso.
- **Adulto Capaz:** persona con 18 años de edad o mayor, y que en opinión de un tribunal, del médico tratante, de un siquiatra y/o un psicólogo o un grupo de apoyo, tenga la capacidad de entender, tomar y comunicar, por sí mismo, las decisiones respecto de su estado de salud y su vida ante las autoridades competentes.

CAPÍTULO II

CONDICIONES Y PROCEDIMIENTO DE CUIDADO DEBIDO

ARTÍCULO 2. Condiciones.

En los términos de esta ley, la única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir al suicidio a un paciente, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta regulación es, el médico tratante. De esta forma, no será objeto de sanción penal el médico tratante que respete estrictamente las condiciones y el procedimiento de cuidado debido que esta ley provee, y adicionalmente, verifique el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:

1. Que el paciente sea argentino o extranjero residente por un término no menor de dos (2) años, adulto mayor de edad, legalmente capaz y en pleno uso de sus facultades mentales al momento de solicitar, oralmente o por escrito, al médico tratante la terminación de su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio.

En los casos en que el paciente adulto mayor de edad, se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, no se podrían practicar las figuras establecidas en la presente ley.

2. Que la petición o solicitud para la terminación de la vida del paciente sea libre e informada, voluntaria y reiterada, la cual no dé lugar a duda sobre si el origen de la misma es el producto de una presión exterior indebida o el resultado de una depresión momentánea.

3. Que el paciente, sufra de una enfermedad terminal o grave lesión corporal, certificada en su historia clínica por la comisión, que le produzca intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia que la persona considere indigna, los cuales no puedan ser aliviados por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría.

4. Que el paciente, a raíz de la enfermedad terminal o grave lesión corporal padezca insoportables dolores sin esperanza de mejoría.

ARTICULO 3. Objeción de conciencia.

Ningún médico tratante podrá ser obligado a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para tal fin, si éste así lo decide. En caso de que el médico tratante se rehúse a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para la terminación de la vida del paciente, éste último, en cualquier tiempo, podrán solicitar la ayuda de otro médico, que asuma el caso como médico tratante en los términos de la presente ley.

ARTÍCULO 4. Procedimiento de cuidado debido.

Para garantizar el pleno cumplimiento del procedimiento de cuidado debido, antes de llevar a cabo el procedimiento eutanásico o la asistencia al suicidio, el médico tratante deberá en cada caso:

1. **Informar** detalladamente al paciente sobre su condición médica, esto es, su diagnóstico, pronóstico, las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativa existentes; sus potenciales beneficios, riesgos y consecuencias en relación con los efectos sobre su expectativa de vida.

2. **Verificar** con todos los medios científicos a su alcance, los intensos dolores o padecimientos continuos que sufre el paciente, y la naturaleza reiterada, libre y voluntaria de su solicitud. De tal manera, que conjuntamente tanto el paciente como el médico tratante, concluyan que no existe otra alternativa terapéutica posible para aliviar la penosa situación del primero.

3. **Dialogar** reiteradamente con el paciente, acerca de la solicitud de terminar con su vida de una forma digna y humana o de la provisión de la asistencia al suicidio, así como de las diferentes opciones terapéuticas existentes. En dichas sesiones, participará un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología denominado Consejería que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir. Paralelamente, el médico tratante debe también examinar el progreso en la condición médica del paciente durante este período de sesiones.

4. **Remitir** al paciente con su respectiva historia clínica, para una segunda valoración del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico emitidos por el médico tratante, al médico de referencia, en virtud de su nivel de conocimiento y experiencia en la materia, quien deberá volver a examinar integralmente al paciente.

Los resultados de dicha valoración se denominarán confirmación médica, e incluirán un informe completo de la condición del paciente, así como una reiteración, si es el caso, de los intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia que la persona considere indigna que le causa la enfermedad terminal o grave lesión corporal al paciente, y que no pueden ser aliviados o curados con los tratamientos convencionales que ofrece la ciencia médica. Asimismo, deberá ser entregada una copia de este informe al paciente y al médico tratante.

El médico de referencia encargado de realizar la confirmación médica debe ser independiente tanto del médico tratante como del paciente, esto es, debe ser médico especialista en la enfermedad que sufra el paciente y estar vinculado a una unidad especializada de otra Clínica o Centro Hospitalario, según corresponda.

5. **Remitir** al paciente a Consejería, la cual constituye la tercera valoración dentro del procedimiento de cuidado debido, en la que un equipo de apoyo especializado en psiquiatría y psicología de la respectiva Clínica o Centro Hospitalario en que se encuentre el paciente, confirmará en última instancia, que el paciente ha tenido los elementos necesarios para tomar una decisión informada, respecto de la terminación de su vida.

6. **Remitir** los informes emitidos por el médico tratante, el médico de referencia y la Consejería a la Comisión. La cual luego de analizar el caso, evaluará si se cumplen con los requisitos establecidos en la presente ley, para autorizar la petición del paciente.

7. **Firmar** el certificado de registro médico eutanásico y el acta de defunción del paciente. Para todos los efectos jurídicos, el médico tratante, en el acta de defunción debe señalar que la muerte del paciente se produjo por eutanasia o suicidio asistido, según corresponda.

ARTÍCULO 5. Requisitos y contenido de la solicitud.

Toda solicitud de terminación de la vida en una forma digna y humana o de asistencia al suicidio, deberá hacerse por escrito, siempre que sea posible, personalmente por el paciente.

La solicitud deberá ser diligenciada y firmada por el paciente y al menos dos testigos que en presencia del mismo, atestigüen de buena fe que el paciente está actuando voluntariamente, es plenamente capaz y no está siendo conminado por otras personas a firmar la petición de terminación de la vida.

El documento firmado deberá ser llevado ante un escribano quien dará fe de la autenticidad de la firma de los testigos.

Al menos uno de los testigos no podrá ser: i) Familiar del paciente, en ninguno de los grados de parentesco establecidos en el artículo X y siguientes del Código Civil: consanguinidad,

matrimonio y adopción; ii) Persona con interés material en la muerte del paciente, en virtud de contratos u obligaciones civiles y comerciales; iii) El médico tratante.

Si el paciente se encuentra en tal condición física que le resulta imposible diligenciar y firmar por sí mismo la solicitud de terminación de la vida, otra persona designada con anterioridad por él, indicando las razones de su incapacidad, podrá hacerlo si es mayor de edad y no tiene ningún interés material en la muerte del paciente.

El paciente podrá revocar la solicitud de terminar con su vida de una forma digna y humana o de asistencia al suicidio, en cualquier tiempo, incluso hasta en el último momento, en cuyo caso tal documento no tendrá validez y será removido de la historia clínica y devuelto al paciente.

En el caso de que el paciente no tenga familia, será el mismo médico tratante, previa consulta a un médico especialista, quién elaborará la petición, siempre y cuando concurren los siguientes requisitos:

1. Que el paciente sufra de una enfermedad terminal o grave lesión corporal que le produzca intensos dolores, padecimientos continuos o una condición de gravísima dependencia y minusvalía que la persona considere indigna;
2. Que el paciente este incapacitado de poder elaborar su petición por escrito;
3. Que la condición médica del paciente sea irreversible y no pueda ser aliviada por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría.

ARTÍCULO 6. Directivas Anticipadas.

Consiste en la expresión de la petición, con anterioridad a caer en un estado de inconciencia. Esta puede ser elaborada en cualquier tiempo, debe ser escrita y firmada ante notario público en presencia de dos (2) testigos. De esta forma, la petición solo será válida si es

elaborada o confirmada por el paciente, por lo menos 5 años antes de la pérdida de la capacidad para expresar, por completo su voluntad.

La petición por instrucción previa podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo.

CAPITULO III

DE LA COMISION

ARTICULO 7. Composición.

La Comisión se compondrá de siete (7) miembros designados por el Ministerio de Salud, nominados con base en sus conocimientos, experiencia y reconocimiento en las materias relacionadas con la competencia de la Comisión.

Tres (3) miembros deberán ser profesionales en medicina. Dos (2) miembros deberán ser abogados, y al menos uno (1) de ellos deberá haber ejercido la Magistratura como miembro de una Alta Corte o de Tribunal Superior de Distrito Judicial, o un rango equivalente. Los dos (2) miembros restantes deberán trabajar o desarrollar su actividad profesional en instituciones especializadas en la asesoría y tratamiento de enfermos terminales o incurables.

Es una Comisión Ad hoc la que sólo se reunirá ante la solicitud de autorización para llevar a cabo dichas prácticas.

TAREAS Y COMPETENCIAS

ARTICULO 8.

1. La comisión revisara si se ha actuado conforme a los requisitos 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 aprobar si correspondiera la práctica del suicidio asistido o la eutanasia.

ARTICULO 9.

1. La comisión comunicará al médico tratante por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de 15 días contados a partir de la solicitud del paciente.

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

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

ARTICULO 10. De los registros.

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.

ARTICULO 11. De las votaciones.

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.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES ESPECIALES

ARTÍCULO 12. El Código Penal, por normativa se modificará de la siguiente manera:

1. El artículo 83 del Código Penal quedará de la siguiente manera:

Artículo 83. Inducción o ayuda al suicidio. *El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.*

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.

Cuando sea el médico tratante haya dado cumplimiento con los requisitos de la ley especial, no será objeto de sanción penal alguna.

2. El artículo 83 bis del Código Penal se agregará y quedará de la siguiente manera:

Artículo 83 bis. Homicidio por piedad. *El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.*

Cuando el médico tratante haya dado cumplimiento con los requisitos de la ley especial, no será objeto de sanción penal alguna.

CAPITULO V

VIGENCIA Y DEROGATORIA

ARTÍCULO 13. Vigencia y Derogatoria. La presente ley rige a partir de su sanción y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Capítulo V

CONCLUSIÓN

Al comenzar el presente trabajo, nuestro objetivo se centraba en analizar los lineamientos de la Eutanasia y determinar la posibilidad de su regulación en la Argentina. Pero a lo largo de la investigación, advertimos que los países que regulan esta práctica también regulan el Suicidio Asistido. De esta manera, nos encontramos con una nueva figura, que hasta el momento era desconocida para nosotros.

Si bien en principio el tema elegido para esta tesis era la Eutanasia, concluimos incorporar a este trabajo la figura del Suicidio Asistido. Es cierto que estas figuras poseen ciertas diferencias ya mencionadas pero, dentro de ellas, la más relevante es que cada una tiene un modo distinto de llevar a cabo el procedimiento. Sin embargo, también poseen características similares y ambas figuras conllevan al mismo fin.

Durante la investigación, nos encontramos con distintas problemáticas respecto a la definición de Eutanasia. Advertimos que la información en general (libros, portales, revistas, periódicos, páginas informativas, etc.), confunden este concepto con el de muerte digna, como así también con el de suicidio asistido. Por este motivo, resultó necesario un examen minucioso del tema, para lograr comprender las diferencias entre estas tres figuras, como las hemos señalado en el capítulo I.

Para apoyar el derecho a la Eutanasia y el Suicidio Asistido es necesario realizar un análisis profundo y reflexivo al respecto, sin dejarse influir por las concepciones morales y religiosas propias. Consideramos que al existir un derecho a la vida y todo lo que ello implica, la dignidad y libertad de la persona humana, es también imprescindible que exista un derecho a morir dignamente. Estas prácticas son una salida válida para enfermos terminales que ya no desea sufrir más, es una decisión íntima y personal, que sólo corresponde tomar a la persona en cuestión.

Además, creemos que un enfermo terminal puede no ser capaz físicamente por sí solo de ejercitar la opción del suicidio. Por este motivo, los enfermos terminales con imposibilidades físicas serían discriminados a causa de su incapacidad, ya que las personas

con capacidad física sí tendrían esta opción. Por ello, nosotros proponemos terminar con dicha discriminación y otorgarles a estas personas un derecho equitativo.

Existe un grupo de derechos que son innatos al hombre cuya privación importaría el deterioro de su personalidad. Este conjunto de prerrogativas que corresponden al hombre por su condición de tal, desde antes de su nacimiento y hasta después de su muerte, son los denominados derechos personalísimos.

Dentro de los derechos personalísimos se encuentra el derecho a la vida y el derecho a la integridad corporal, dentro del cual, ubicamos lo que se denomina el derecho sobre su propio cuerpo. Estos derechos son los que se pretenden tutelar, vinculándolos estrechamente con un valor fundamental como es la dignidad de la persona humana.

Jurídicamente hablando, la noción de vida implica varios aspectos. La vida humana en sus formas corporales y psíquicas, la vida social de las personas y la vida de la naturaleza que relaciona a los seres humanos con las demás especies vivientes. De manera que, cuando este derecho desea ser regulado debe tenerse en cuenta estos tres aspectos que, aunque están divididos, se toman como un todo. Con el cumplimiento de estos tres puntos, dentro de lo que representa el respeto por este derecho, hacen que el ser humano no solo sobreviva y que tenga funciones vitales, sino que viva plenamente con integridad. Por este motivo, podemos decir que la protección a la vida no solo trata de impedir la muerte de una persona, sino toda forma de maltrato que haga su vida indigna, matándolo de a poco, o haciendo de su vida un martirio.⁷¹

Por otro lado, no podemos dejar de lado la parte humana del tema y ser honestos al señalar que es deseable que la muerte sea lo menos traumática y dolorosa posible, y estas alternativas distan de ser un crimen. Sus motivos son de misericordia tanto para el enfermo terminal que solo alarga su agonía y no su vida, como para aquellos que lo rodean.

⁷¹ARTIACHI DE LEON, Angélica. *Opúsculos de derecho penal y criminología*. Ed. Marcos Lerner editorial Córdoba. Córdoba 1998.

La vida, por ser un valor esencial, debe ser protegida por el Estado con todos los medios posibles. En nuestra Constitución Nacional, el derecho a la vida se ha incorporado mediante la reforma del 1994 en su artículo 75 inciso 22⁷², donde a una serie de tratados se les han otorgado jerarquía Constitucional, y dentro de esos tratados tenemos la “Convención Americana de Derechos Humanos”, más conocida como Pacto de San José de Costa Rica que en su artículo 4 inciso 1 ordena a todos los estados firmantes proteger la vida desde la concepción. Por otra parte, el derecho a la dignidad que deriva del hecho de ser, ontológicamente una persona, nuestra Constitución no lo enumera entre los derechos explícitos, pero los incluye en los implícitos del artículo 33. Asimismo, lo hace con el derecho a la integridad física y psíquica, ya que además de ser contenido como un derecho a la dignidad, forma parte de alguna manera, del derecho a la vida y a la salud.

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

⁷²Constitución Nacional. Artículo 75 inciso 22- Declaraciones, Convenciones, y Pactos complementarios de derechos y garantías: 22. Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara. Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional.

Consideramos que, en algunas circunstancias, para los pacientes vivir es peor que morir. El dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad terminal, pueden hacer la vida tan agonizante y difícil de llevar que, en estos casos, la muerte parece un acto humanitario, considerando racional que un médico ayude al suicidio como una forma de morir con dignidad.

Por esta razón, debemos analizar otro fundamento importante a favor de la regulación de estas figuras, como es la autonomía de la voluntad del paciente. Este principio ordena respetar la decisión adoptada por una persona sobre su propia salud una vez que haya sido adecuadamente informada, así como también se debe respetar su deseo de revocar una decisión anterior.

El principio de autonomía, se encuentra reflejado en el artículo 5⁷³ de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, el cual exige respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas.

De modo similar, la ley 17.132 del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares; en su artículo 19 tercer párrafo menciona que los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a *“respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”*.

Asimismo, la ley de salud pública 26.529 en su artículo 2 inciso e) hace mención sobre la autonomía de la voluntad, donde se establece que *“el paciente tiene derecho a*

⁷³Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Artículo 5- Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad". Sin embargo, la ley de Derechos del Paciente fue modificada recientemente por la ley sobre Derechos del paciente, Historia clínica y Consentimiento informado, denominada socialmente como ley de Muerte Digna. La cual agrega que "aquel que presentase una enfermedad irreversible, incurable o se encontrare en estado terminal, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría o produzca un sufrimiento desmesurado".

Más allá de las diferencias existentes entre la Eutanasia y Muerte digna, no podemos dejar de hacer hincapié en su regulación, debido a que es la única figura relacionada que se encuentra legislada en nuestro ordenamiento jurídico y consideramos que es un buen primer paso para la futura regulación de la Eutanasia y el Suicidio Asistido en nuestro país.

Debido a la falta de legislación argentina respecto al derecho a la Eutanasia, y donde el Suicidio Asistido se encuentra penado en el artículo 83 del Código Penal, nuestro objetivo fue realizar una profunda investigación sobre el tema que nos atañe para poder elaborar un proyecto de ley a favor de su regulación.

Examinamos los países que regulan estas figuras como, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y EEUU. De esta manera, hemos encontrado ciertos lineamientos que nos han permitido realizar dicho proyecto de ley, el cual creemos adecuado para que el Suicidio Asistido y la Eutanasia sean reguladas en la Argentina, como así también las modificaciones al Código Penal que derivan de dicho proyecto.

Consideramos que se le debe reconocer a todo ser humano su derecho a disponer sobre su propia vida en situaciones especiales, simplemente por la dignidad que posee cada persona. Por este motivo, con la despenalización de estas figuras, queremos establecer los mecanismos necesarios para que los pacientes interesados puedan acceder a

ellos, cumpliendo los requisitos especificados legalmente, como así también cumplir con la legalidad y la transparencia de los procedimientos. En este sentido, cada enfermo tiene derecho a decidir, informadamente, sobre los asuntos que pertenecen a una esfera tan privada como es su cuerpo; y en virtud de esto, decidir seguir, o no, viviendo.

En la regulación señalada, proponemos respetar la libertad de las personas para tomar decisiones responsables sobre la propia vida, parte de la cual, constituye la muerte. Cada persona tiene un nivel de tolerancia para el sufrimiento y, por lo tanto, no existe una respuesta objetiva que se pueda aplicar a todos los casos acerca de cuándo la vida se hace insostenible. Por ello, es necesario que el paciente se manifieste ejerciendo su autonomía.

Por este motivo, decidimos incluir en nuestro proyecto de ley, la directiva anticipada contemplada en la ley sobre Derechos del paciente, Historia clínica y Consentimiento informado. El artículo 6 de esta ley modificó el artículo 11 de la ley de Derechos del Paciente, el cual quedó redactado de la siguiente manera: *“toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”*.

Esta declaración de voluntad anticipada, es una manifestación de voluntad de una persona capaz, respecto a las instrucciones acerca de los tratamientos médicos que deberán respetarse en el futuro en previsión de la concurrencia de circunstancias clínicas que le impidan expresar su voluntad en ese momento. Es decir que, la finalidad perseguida es posibilitarle al que padece de una enfermedad terminal e incurable, evitar el encarnizamiento médico u obstinación terapéutica que producen una demora o dilación del proceso natural de la muerte. Por lo tanto, podemos decir que el verdadero objetivo de esta declaración es evitar la negación al derecho a una muerte con dignidad, resguardando a la persona, el respeto de su autonomía de voluntad y su intimidad.

Desde la perspectiva constitucional, el punto de la declaración anticipada de voluntad, remite al artículo 19⁷⁴ de nuestra Carga Magna, cuyos alcances respecto a ésta fueron claramente explicitadas en el caso “Bahamondez” por parte de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

En la mencionada sentencia se sostuvo claramente que *“de conformidad con los principios enunciados, cabe concluir que no resultaría constitucionalmente justificada una resolución judicial que autorizara a someter a una persona adulta a un tratamiento sanitario en contra de su voluntad, cuando la decisión del individuo hubiera sido dada con pleno discernimiento y no afectara a derechos de terceros”*⁷⁵ (del voto de los Ministros Augusto C. Belluscio y Enrique S. Petracchi).

En un sentido complementario, en su voto conjunto Carlos S. Fayt y Rodolfo C. Barra, argumentaron respecto de la negativa de un paciente a ser sometido a un tratamiento médico contra su voluntad que: *“En el caso se trata del señorío a su propio cuerpo, y en consecuencia de un bien reconocido como de su pertenencia, garantizado por la declaración que contiene el artículo 19 de la C.N. La estructura sustancial de la norma constitucional está dada por el hombre, que despliega su vida en acciones a través de las cuales se expresa su obrar con libertad. De este modo, vida y libertad forman la infraestructura sobre la que se fundamenta la prerrogativa constitucional que consagra el artículo 19 C.N...”*. En el mismo voto conjunto de ambos se puntualizó además que: *“Se trata en definitiva de los derechos esenciales de la persona humana relacionados con la libertad y la dignidad del hombre”*.⁷⁶

Con la despenalización de la Eutanasia y el Suicidio Asistido, queremos lograr que ningún médico que siga las líneas legales y cumpliendo con la ley establecida pueda ser penalizado por la justicia al realizar estas prácticas. También, queremos lograr que se

⁷⁴Constitución Nacional. Artículo 19- Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

⁷⁵CSJN, 06/04/1993, “Bahamondez, Marcelo s/medida cautelar”. En <http://es.scribd.com/doc/74725093/fallo-bahamondez>. Recuperado 23/11/14 19:51.

⁷⁶CSJN, 06/04/1993, “Bahamondez, Marcelo s/medida cautelar”. En <http://es.scribd.com/doc/74725093/fallo-bahamondez>. Recuperado 23/11/14 19:55.

respete la decisión de los pacientes que cumplan con los requisitos instituidos en la normativa. Creemos en el derecho a la vida pero no es absoluto, y por este motivo el Estado debe establecer las limitaciones a este derecho y el procedimiento para llevar a cabo la muerte del paciente.

Consideramos, que luego de haber investigado en profundidad la realización de estas prácticas, y habiendo respetado y examinado las posturas en su contra; podemos concluir que tanto la Eutanasia como el Suicidio Asistido son mecanismos jurídicamente lícitos para llegar a una muerte sin sufrimiento.

Para finalizar queremos señalar, que nosotros estamos a favor de la vida, pero también a favor de respetar la decisión personal de cada persona de tener una muerte con dignidad.

Maquinas que inconscientemente te aferran a una vida que te despide lentamente. Ese insistente y penetrante sonido, ese color que ya nunca pintara de esperanza. Te sientes obligado a seguir siendo persona, en un mundo de extraños. Cadenas que me aferran al sufrimiento, las miradas egoístas de aquellos que prefieren mi agonía, antes que mi muerte. Intentos de prolongar un dolor, por seguir en un mundo que ya cerró mi camino. Un futuro sin mañana, quiero volar.

La vida es un derecho, no una obligación.

Dra. Daniela Ortiz Celoria

Bibliografía

- ALARCON, Doris Silva. “La eutanasia, aspectos doctrinarios y legales”. Cuadernas de Estudio. Centro de estudios biojuridicos. En <http://muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>. Recuperados 26/10/14 19:09.
- AMARO, María del Carmen. Lic. LEMUS, Ángela y Otros. “Principios básicos de la bioética”. Cuba Enfermer 1996. En http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm. Recuperado 13/10/14 20:31.
- ANATRELLA, Tony. *Contra la sociedad depresiva*. Editorial Sal Terrae Poligono de Raos. 1994. En http://books.google.com.ar/books?id=khb9ujaq7n8C&pg=PA267&lpg=PA267&dq=el+concilio+de+Orleans+del+a%C3%B1o+533&source=bl&ots=1WsgeDA9bU&sig=HEh5O_gR-mK17N6EgYg5ZkWfnmw&hl=es&sa=X&ei=8v86VIKzFsOONuuUgbAB&ved=0CDAQ6AEwBA#v=onepage&q=el%20concilio%20de%20Orleans%20del%20a%C3%B1o%20533&f=false. Recuperado 13/10/14 20:58.
- AROCHA CASTILLO, Antoine; SOSA MOLINA, José Eduardo. “Eutanasia, antecedentes históricos y tendencias actuales”. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas. REVISTA 16 DE ABRIL. Cuba 2000/2001. En <http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/eutanasia.html>. Recuperado 02/10/14 19:26.
- ARTIACHI DE LEON, Angélica. *Opúsculos de derecho penal y criminología*. Ed Marcos Lerner editorial Córdoba. Córdoba 1998.
- ASTUDILLO, Wilson. MENDINUETA, Carmen. “Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuskoa”. Principios Generales de los Cuidados Paliativos. España. P. En http://www.3w3search.com/chronos/Chr_06.html. Recuperado 07/09/11 14:17.

- AVALE, Aldana. “Principios de beneficencia en la bioética”. Julio 2013. En <http://suite101.net/article/el-principio-de-beneficencia-en-la-bioetica-a18480#.VDW-dvI5NNM>. Recuperado 13/10/14 20:18.
- ÁVILA FUNES, José Alberto. “Eutanasia, distanasia, ortotanasia”. Marzo 2013. En <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>. Recuperado 05/10/14 16:10.
- CANO, César Nombela; LOPEZ TIMONEDA, Francisco y Otros. “La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica”. En [http://eprints.ucm.es/11693/1/La Eutanasia perspectiva etica juridica y medica.pdf](http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf). Recuperado 18/09/14 20:09.
- CARMEN Tomas. “la Regulación de Eutanasia en Holanda”. Vol. L. 1997. En http://portal.uclm.es/descargas/idp_docs/doctrinas/tomasyvaliente.pdf. Recuperado 18/10/14 20:45.
- FERNANDEZ, Sergio; LOPEZ, Eloy y Otros. “Eutanasia: historia y actualidad”. En http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=5434&n_link=revista_artigos_leitura. Recuperado 02/10/14 20:00.
- FERRERO, María. Dra. MOLINA RODRIGUEZ, Luzcarin y Otros. “La bioética y sus principios”. Volumen 42 N° 2. 2009. Citado en CASTILLO, A. (1999). “Principios, Normas y Obligaciones del médico”. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Modulo N° 1, Caracas. Páginas 235-245. En <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp>. Recuperado 13/10/14 19:59.
- FONTANEZ BETANCOUR, Mary. “La eutanasia en Puerto Rico, un asunto sin tratar”. En <http://www.slideshare.net/MaryBetancourtFontanez/eutanasia-en-pr>. Recuperado 02/10/14 19:55.
- GARCIA, José Juan. “Bioética”. En <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/bioetica>. Recuperado 13/10/14 19:50.

- GOMEZ SANCHEZ, Pio Iván. “Principios básicos de bioética”. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. En http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf. Recuperado 13/10/14 20:26.
- GRACIA, D. (1995). “El qué y por qué de la Bioética: cuadernos del programa regional de la bioética”. Madrid. Páginas 35-53. Citando en FERRERO, María. Dra. MOLINA RODRIGUEZ, Luzcarin y Otros. “La bioética y sus principios”. Volumen 42 N° 2. 2009. En <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp>. Recuperado 13/10/14 20:11.
- HERRANZ, Gonzalo. “Los médicos y la eutanasia”. Publicado en la revista OMC. 1998. En <http://www.unav.es/cdb/dhbgheutanasia.html>. Recuperado 18/09/14 20:12.
- JUANATEY DORADO, Carmen. “Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia”. En <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo2.pdf>. Recuperado 02/10 19:17.
- LORDA, Pablo Simón. “Eutanasia y suicidio asistido”. 2007. En <http://www.dmd.org.co/pdf/eutansiaysuicidio.pdf>. Recuperado 26/10/14 20:14.
- MACIÁ GÓMEZ, Román. “Concepto legal de muerte digna”. Octubre 2008. En <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z15.pdf>. Recuperado 05/10/14 16:19.
- MARTINEZ ZAMORA, Nummy C. “Dilemas éticos de la eutanasia”. Publicado el 24/09/2007. En <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/684/1/Dilrmas-eticos-de-la-eutanasia.html>. Recuperado 02/10/14 19:19.
- MORO, Tomas. *Utopía*. Enero 1964. En <https://historia1imagen.files.wordpress.com/2009/08/morotomas-utopia.pdf>. Recuperado 13/10/14 20:44.

- NERLAND, Lynn Tracy. "A cry for help: a comparison of voluntary". Active Euthanasia Law. Hastings International and Comparative Law Review. Vol. XIII Fall 1989. N° 1, Página 133. Citando en MEDINA, Graciela. "Comentario a la ley Holandesa de Eutanasia". En <http://www.gracielamedina.com/assets/Uploads/derecho-comparado/comentario-ley-holandesa-de-eutanasia.pdf>. Recuperado 18/10/14 20:31.
- PLATÓN. *República*. Citado en PABÓN, Juan Manuel. GALIANO FERNÁNDEZ, Manuel. (Comp.). *La República*. Editorial Grupo Anaya Comercial. 2012.
- REMIS, José Antonio. "Pasado y presente del juramento Hipocrático Análisis de su vigencia". 2009. En <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v73n2/v73n2a01.pdf>. Recuperado 18/09/14 20:18.
- RODRIGUEZ, W. "Apuntes Bioéticos desde el campo de la salud-Odontología". Caracas. 2004. Citado en FERRERO, María. Dra. MOLINA RODRIGUEZ, Luzcarin y Otros. "La bioética y sus principios". Volumen 42 N° 2. 2009. En <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp>. Recuperado 13/10/14 20:02.
- SANCHEZ, Miguel y ROMERO LÓPEZ, A. "Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación en Europa, Oregón y Australia". Vol. 13. 2006. En <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>. Recuperado 23/10/14 19:58.
- SANTO TOMAS DE AQUINO. *La suma teológica*. Edición 4. En <http://biblioteca.campusdominicano.org/1.pdf>. Recuperado 26/10/14 20:25.
- SENECA. Letters From a Stoic. Letter IXXVII, 77. Harmondsworth: Penguin, 1969. Pagina. 126. Citado en JONSEN, Albert R. "Ética de la eutanasia". Humanitas, humanidades médicas - Volumen 1 - Número 1 - Enero-Marzo 2003. En <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo10.pdf>. Recuperado 25/09/14 21:34.
- SILVA ALARCÓN, Doris. "La eutanasia. Aspectos doctrinarios y jurídicos". En <http://muerte.bioetica.org/doc/silva.pdf>. Recuperado 22/10/14 20:29.

- SIURANA APARISI, Juan Carlos. “Los principios de la bioética y el seguimiento de una bioética intelectual”. Veritas N°22. Marzo 2010. En <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>. Recuperado 13/10/14 20:23.
- THOMPSON GARCIA, Julia. “Los principios de ética bioética”. CCAP año 5 Modulo 4. Página 20. En http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf. Recuperado 13/10/14 20:07.
- ZAMUDIO, Teodora. “El juramento hipocrático”. 2009-2012. En <http://www.bioetica.org/cuadernos/contenidos/hipocrates.htm>. Recuperado 13/10/14 20:52.

Fuentes de información

- Academia Nacional de Médica. <http://www.acamedbai.org.ar>
- Asociación Medica Argentina. <http://www.ama-med.org.ar>
- Catolicidad. <http://www.catolicidad.com>
- Compassion & Choices. <https://www.compassionandchoices.org>
- Corte Suprema. <http://www.csjn.gov.ar>
- Corte Suprema de Estados Unidos. <http://www.supremecourt.gov>
- Enciclopedia. <http://es.wikipedia.org/wiki/Eutanasia>
- Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. <http://www.med.unlp.edu.ar>
- Informe Belmont. 1978. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación.
- La Eutanasia en la historia. <http://pifo-eutanasia.blogspot.mx>
- La Eutanasia en el Judaísmo. En <http://tribuna.org.mx>
- Las Religiones y la Eutanasia. <http://www.dw.de>
- Observatorio de Bioética. <http://www.observatoribioetica.org>
- Organización Médica Colegial de España. En <https://www.cgcom.es>
- Periódicos Nacionales e Internacionales

- Xataka Ciencia. <http://www.xatakaciencia.com>

Normativa

- Código Civil de la Nación.
- Código de Derecho Canónico.
- Código Internacional de Ética Médica.
- Código Penal de la Nación.
- Constitución Nacional.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Ley de Holanda sobre Suicidio Asistido.
- Ley de Derecho a morir dignamente Asociación Federal de Bélgica.
- Ley sobre Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado de la Nación.

Anexo I

Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos⁷⁷

Disposiciones generales

Artículo 1 – Alcance

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.

Artículo 2 – Objetivos

Los objetivos de la presente Declaración son:

- a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética;
- b) orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas;
- c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;

⁷⁷Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. En http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. Recuperado 01/11/14 20:55.

d) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;

e) fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto;

f) promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;

g) salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras;

h) destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

Principios

En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 – Beneficios y efectos nocivos

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 – Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y

disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Artículo 7 – Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación;

b) se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos y, si se espera que la investigación redunde en provecho de la salud de otras personas de la misma categoría, a reserva de las condiciones prescritas por la ley y de forma compatible con la protección de los derechos humanos de la persona. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

Artículo 8 – Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.

Artículo 9 – Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Artículo 10 – Igualdad, justicia y equidad

Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Artículo 11 – No discriminación y no estigmatización

Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

Artículo 12 – Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

Artículo 13 – Solidaridad y cooperación

Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto.

Artículo 14 – Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;

b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas;

c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;

d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y

e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 15 – Aprovechamiento compartido de los beneficios

1. Los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones deberían compartirse con la sociedad en su conjunto y en el seno de la comunidad internacional, en particular con los países en desarrollo. Los beneficios que se deriven de la aplicación de este principio podrán revestir las siguientes formas:

- a) asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos;
- b) acceso a una atención médica de calidad;
- c) suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación;
- d) apoyo a los servicios de salud;
- e) acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos;
- f) instalaciones y servicios destinados a crear capacidades en materia de investigación;
- g) otras formas de beneficio compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

2. Los beneficios no deberían constituir incentivos indebidos para participar en actividades de investigación.

Artículo 16 – Protección de las generaciones futuras

Se deberían tener debidamente en cuenta las repercusiones de las ciencias de la vida en las generaciones futuras, en particular en su constitución genética.

Artículo 17 – Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad

Se habrán de tener debidamente en cuenta la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida, la importancia de un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos y su utilización, el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Aplicación de los principios

Artículo 18 – Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

1. Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.
2. Se debería entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.
3. Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

Artículo 19 – Comités de ética

Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

- a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;
- b) prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;

c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;

d) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Artículo 20 – Evaluación y gestión de riesgos

Se deberían promover una evaluación y una gestión apropiadas de los riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

Artículo 21 – Prácticas transnacionales

1. Los Estados, las instituciones públicas y privadas y los profesionales asociados a actividades transnacionales deberían procurar velar por que sea conforme a los principios enunciados en la presente Declaración toda actividad que entre en el ámbito de ésta y haya sido realizada, financiada o llevada a cabo de cualquier otra manera, en su totalidad o en parte, en distintos Estados.

2. Cuando una actividad de investigación se realice o se lleve a cabo de cualquier otra manera en un Estado o en varios (el Estado anfitrión o los Estados anfitriones) y sea financiada por una fuente ubicada en otro Estado, esa actividad debería someterse a un nivel apropiado de examen ético en el Estado anfitrión o los Estados anfitriones, así como en el Estado donde esté ubicada la fuente de financiación. Ese examen debería basarse en normas éticas y jurídicas que sean compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

3. Las actividades de investigación transnacionales en materia de salud deberían responder a las necesidades de los países anfitriones y se debería reconocer que es importante que la investigación contribuya a la paliación de los problemas urgentes de salud a escala mundial.

4. Al negociar un acuerdo de investigación, se deberían establecer las condiciones de

colaboración y el acuerdo sobre los beneficios de la investigación con la participación equitativa de las partes en la negociación.

5. Los Estados deberían tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar contra el bioterrorismo, así como contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética.

Promoción de la declaración

Artículo 22 – Función de los Estados

1. Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.

2. Los Estados deberían alentar la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, tal como se dispone en el Artículo 19.

Artículo 23 – Educación, formación e información en materia de bioética

1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética.

2. Los Estados deberían alentar a las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, así como a las organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, a que participen en esta tarea.

Artículo 24 – Cooperación internacional

1. Los Estados deberían fomentar la difusión de información científica a nivel internacional y estimular la libre circulación y el aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos.
2. En el contexto de la cooperación internacional, los Estados deberían promover la cooperación científica y cultural y llegar a acuerdos bilaterales y multilaterales que permitan a los países en desarrollo crear las capacidades necesarias para participar en la creación y el intercambio de conocimientos científicos y de las correspondientes competencias técnicas, así como en el aprovechamiento compartido de sus beneficios.
3. Los Estados deberían respetar y fomentar la solidaridad entre ellos y deberían también promoverla con y entre individuos, familias, grupos y comunidades, en particular con los que son más vulnerables a causa de enfermedades, discapacidades u otros factores personales, sociales o ambientales, y con los que poseen recursos más limitados.

Artículo 25 – Actividades de seguimiento de la UNESCO

1. La UNESCO deberá promover y difundir los principios enunciados en la presente Declaración. Para ello, la UNESCO solicitará la ayuda y la asistencia del Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) y del Comité Internacional de Bioética (CIB).
2. La UNESCO deberá reiterar su voluntad de tratar la bioética y de promover la colaboración entre el CIGB y el CIB.

Disposiciones finales

Artículo 26 – Interrelación y complementariedad de los principios

La presente Declaración debe entenderse como un todo y los principios deben entenderse como complementarios y relacionados unos con otros. Cada principio debe considerarse en el contexto de los demás principios, según proceda y corresponda a las circunstancias.

Artículo 27 – Limitaciones a la aplicación de los principios

Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en la presente Declaración, se debería hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y libertades de los demás. Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

Artículo 28 – Salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana

Ninguna disposición de la presente Declaración podrá interpretarse como si confiriera a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

Anexo II

Ley de Eutanasia y el Suicidio Asistido de Holanda⁷⁸

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

Capítulo 1. Definiciones

Artículo 1

En esta ley, se entenderá por:

- a. Nuestros ministros: el ministro de Justicia y el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte;
- b. Auxilio al suicidio: ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal;
- c. El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio;
- d. El asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio;
- e. Los asistentes sociales: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del libro 7 del Código Civil;
- f. La comisión: comisión de comprobación a que se refiere el artículo 3;

⁷⁸Ley de Holanda de Suicidio Asistido y Eutanasia. En <https://es.scribd.com/doc/84961779/HOLANDA-Ley-Suicidio-Asistido>. Recuperado 31/10/1416:21.

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

Capítulo 2. Requisitos de cuidado y esmero profesional

Artículo 2

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

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

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

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

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

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

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

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

que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.

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

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

Capítulo 3. Comisiones regionales de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

Párrafo 1: Creación, composición y nombramiento

Artículo 3

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

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

Artículo 4

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

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

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

Párrafo 2: Despido

Artículo 5

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

Artículo 6

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

Párrafo 3: Remuneración**Artículo 7**

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

Párrafo 4: Tareas y competencias**Artículo 8**

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo dos, de la Ley reguladora de los funerales, la comisión juzgará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o el auxilio al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2.
2. La comisión podrá solicitar al médico que complemente su informe por escrito u oralmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder juzgar convenientemente la actuación del médico.
3. La comisión podrá pedir información al médico forense, al asesor o a los asistentes pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder juzgar adecuadamente la actuación del médico.

Artículo 9

1. La comisión comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe al que se refiere el artículo 8, párrafo primero.
2. La comisión comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria:
 - a. en el caso de que, en opinión de la comisión, el médico no haya actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2; o
 - b. en caso de que se produzca una situación como la recogida en el artículo 12, última frase de la Ley reguladora de los funerales. La comisión comunicará esta circunstancia al médico.
3. El plazo citado en el apartado 1 podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas. La comisión se lo comunicará al médico.
4. La comisión tendrá competencia para dar una explicación oral al médico sobre su dictamen. Esta explicación oral podrá realizarse a petición de la comisión o a petición del médico.

Artículo 10

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

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

2º para una investigación criminal.

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

Párrafo 6: Método de trabajo

Artículo 11

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

Artículo 12

1. El dictamen se aprobará por mayoría simple de votos.
2. Un dictamen sólo podrá ser aprobado por la comisión en el caso de que todos los miembros de la comisión tomen parte en la votación.

Artículo 13

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

Apartado 7: Secreto y Abstención

Artículo 14

Los miembros o los miembros suplentes de la comisión estarán obligados a mantener en secreto los datos de los que dispongan en la realización de sus tareas, salvo que alguna

disposición legal les obligue a comunicarlo (y con el alcance concreto de la obligación correspondiente) o que su tarea haga necesaria la realización de un comunicado.

Artículo 15

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

Artículo 16

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

Párrafo 8: Presentación de informes

Artículo 17

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

Nuestros Ministros redactarán un modelo mediante orden ministerial.

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

a. del número de casos de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales la comisión ha emitido un dictamen;

- b. la naturaleza de estos casos;
- c. los dictámenes y las consideraciones que han llevado a los mismos.

Artículo 18

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

Artículo 19

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

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

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

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

Capítulo 4. Modificaciones en otras leyes

Artículo 20

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

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

Artículo 293

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

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

Artículo 294

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

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

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

Artículo 21

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

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

Artículo 7

1. El que haya realizado la autopsia procederá a expedir una certificación de defunción si está convencido de que la muerte se ha producido por causas naturales.
2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata el paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente, mediante la cumplimentación de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.
3. Si se producen otros casos distintos de los mencionados en el párrafo segundo y el médico que trata al paciente considera que no puede proceder a expedir un certificado de defunción, se lo comunicará (rellenando un formulario) inmediatamente al forense municipal o a uno de los forenses municipales.

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

Artículo 9

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

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

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

Artículo 10

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

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

Asimismo, adjuntará el informe motivado al que se refiere el artículo 7, párrafo segundo.

D. Al artículo 12 se le añade una frase con el siguiente texto:

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

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

Artículo 22

La Ley General de Derecho Administrativo es modificada de la siguiente manera:

En el artículo 1:6, al final de la parte d, se sustituye el punto por un punto y coma y se añade una parte quinta que reza así:

e. decisiones y actuaciones en ejecución de la Ley de la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

Capítulo 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.

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

El ministro de Justicia,

El ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte

Senado, año 2000-2001, 26691 nº 137

Anexo III**Ley de Eutanasia de Bélgica**⁷⁹

28 de mayo 2002 - Ley de la Eutanasia.

Fuente: JUSTICIA

Publicado: 22-06-2002

Entrada en vigor: 20-09-2002 (ART 16).

El archivo #: 28.05.2002 / 37

Tabla de Contenidos texto Begins

Capítulo I - Disposiciones Generales.**Artículo 1.**

La presente Ley regula una cuestión que se refiere el artículo 78 de la Constitución.

Artículo 2.

A los efectos de esta Ley, ha de entenderse por <eutanasia> un acto practicado por un tercero que termina intencionalmente la vida de una persona en aplicación de la misma.

Capitulo II. Condiciones y procedimiento.**Artículo 3.**

§ 1. El médico que lleva a cabo la <eutanasia> no comete delito si está convencido de que:

- El paciente es un adulto o un menor emancipado, capaz y consciente en el momento de la solicitud;
- La solicitud se hace de forma voluntaria, con cuidado y en repetidas ocasiones, y sin el resultado de la presión externa;
- El paciente se encuentra en una situación médica sin esperanza y manifiesta un dolor constante físico o mental e insoportable que no puede aliviarse y resultante de una

⁷⁹Derecho a Morir Dignamente Asociación Federal de Bélgica. En http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html. Traducción propia. Recuperado 31/10/14 16:25.

enfermedad grave e incurable accidental o patológica; y cumple con las condiciones y procedimientos que establece la presente Ley.

§ 2. Sin perjuicio de las condiciones adicionales, el médico deberá, antes de y en todos los casos:

1. Informar al paciente de su salud y su esperanza de vida, consultar con el paciente sobre su solicitud de <eutanasia> y discutir con él las posibilidades terapéuticas posible y las posibilidades ofrecidas por los cuidados paliativos y sus consecuencias. Se debe pesar con el paciente, la creencia de que hay soluciones y alternativas razonables en la situación. El paciente es de totalmente voluntario;
2. Garantizar la persistencia del sufrimiento físico o mental del paciente y su deseo repetido;
3. Otro médico se debe expresar acerca de la naturaleza grave e incurable de la enfermedad, indicando los motivos de la consulta. El médico debe consultar la historia médica, examina al paciente y asegurar el sufrimiento físico o mental. Él debe emitir un informe sobre sus resultados.

El médico debe ser consultado independiente, tanto con respecto al paciente en relación con el médico y ser competente en la enfermedad de que se trate. El médico tratante debe informar al paciente acerca de los resultados de esta consulta;

4. Si hay un equipo médico en contacto regular con el paciente, se debe discutir la petición de la paciente con el equipo o los miembros de la misma;
5. Es voluntad del paciente, discutir su solicitud con sus familiares;
6. Asegurar que el paciente tuvo la oportunidad de hablar de su solicitud con sus familiares.

§ 3. Si el médico cree que la muerte claramente no se interviene en breve madurez, debe:

1. Consultar a un segundo médico, un psiquiatra o un especialista en la patología de que se trate, especificando las razones de la consulta. El médico debe consultar al historial médico, examina al paciente, asegura naturaleza constante e insoportable implacable de sufrimiento físico o mental y voluntario, reflexivo y aplicación repetida. Él debe escribir un informe sobre sus conclusiones. El médico debe considerarse como independiente con respecto al paciente en relación con el médico y el primer médico consultado. El médico informa al paciente sobre resultados de esta consulta;

2. Transcurrido al menos un mes entre la solicitud por escrito del paciente y <eutanasia>.

§ 4. La petición del paciente debe ser registrada por escrito. El documento debe ser escrito, fechado y firmado por el propio paciente. Si no es capaz de hacerlo, la solicitud se registra por escrito por un adulto de su elección que puede no tener ningún interés material en la muerte del paciente.

Esta persona debe mencionar que el paciente no es capaz de hacer su solicitud por escrito y manifestar las razones. En este caso, la solicitud se registra en la escritura en presencia del médico, y la persona debe mencionar el nombre del médico en el documento. Este documento debe estar en el expediente médico.

El paciente puede revocar su aplicación en cualquier momento, en cuyo caso se elimina el documento médico y se devuelve al paciente.

§ 5. Todas las solicitudes por parte del paciente, y los pasos del médico y de los resultados, incluyendo el informe (s) (de) médico (s) visto (s) se registran con regularidad en el expediente médico del paciente.

Capítulo III. A partir de la declaración anticipada.

Artículo 4.

§ 1. Cada adulto o menor emancipado puede ser capaz, en caso de que ya no pueda expresar su voluntad, constancia escrita, en un comunicado, su voluntad la practicara un médico <eutanasia> si el médico encuentra que:

- Es una condición accidental o patológica grave e incurable;
- Esta inconsciente;
- Y que la situación es irreversible según el estado actual de la ciencia.

La declaración podrá designar a una o más personas de confianza en orden de preferencia, que puso el médico consciente de la voluntad del paciente. Cada confianza reemplaza la anterior declaración en caso de negativa, incapacidad, invalidez o muerte. El médico tratante del paciente, el médico consultado y miembros del equipo de atención médica puede no ser identificado como alguien de confianza.

La declaración se podrá realizar en cualquier momento. Tiene que ser por escrito, realizado en presencia de dos testigos, uno de los cuales, al menos, no tendrá un interés material sobre la muerte del declarante, fechado y firmado por el declarante, los testigos y, en su caso, por la persona de confianza.

Si la persona desea hacer una declaración anticipada, es físicamente permanentemente incapaz de escribir y firmar una declaración puede ser registrada por escrito por un adulto de su elección que pueden no tener ningún interés material en la muerte del declarante en presencia de dos testigos, uno de los cuales por lo menos, no lo hará en interés material sobre la muerte del declarante. La declaración deberá indicar que no puede escribir y firmar, y dar las razones. La declaración deberá incluir la fecha y firma, de la persona que registró oficialmente la declaración por escrito de los testigos y si lo desea, por la persona o personas de su confianza.

Un certificado médico que indique que imposibilidad física permanente unió la declaración.

La declaración no puede ser tomada en cuenta si se ha establecido o confirmado con al menos cinco años antes a la incapacidad de expresar su voluntad.

La declaración podrá retirarse o modificarse en cualquier momento.

El Rey determinará el procedimiento para la presentación, conservación, confirmación, la retirada y la comunicación de los médicos de declaración de que se trate, a través de los servicios del registro nacional.

§ 2. Un médico que lleva a cabo la <eutanasia>, tras una declaración temprana conforme a lo dispuesto en el § 1, no comete un delito si comprueba que el paciente:

- Sufre de una lesión grave o enfermedad patológica e incurable;
- Esta inconsciente;
- Que esta situación es irreversible según el estado actual de la ciencia; y cumple con las condiciones y procedimientos que establece la presente Ley.

Sin perjuicio de las condiciones adicionales que el médico iba a desear poner su acción, primero debe:

1. Ver a otro médico acerca de la irreversibilidad de la condición médica de paciente, informándole de las razones de la consulta. El médico debe consultar la historia clínica y

examinar al paciente. Él debe redactar un informe de sus resultados. Si una persona de confianza nombrada en la declaración de intenciones el médico debe informar a la persona de confianza de los resultados de esta consulta.

El médico debe ser consultado con respecto al paciente independiente y en el respeto del doctor y el ser competente en la enfermedad de que se trate;

2. Si hay un equipo médico en contacto regular con el paciente, debe discutir el contenido de la declaración hacia adelante con el equipo de atención a particulares;

3. Si la declaración es una persona de confianza, se debe hablar con ella acerca de voluntad de la paciente;

4. Si la declaración la otorga una persona de confianza, se debe discutir el contenido de la declaración inicial del paciente con los familiares de este con la confidencialidad otorgada.

Declaración temprana y todos los pasos del médico, incluido el informe del médico consultado, se reportan regularmente en la historia clínica del paciente.

CAPÍTULO IV. - Declaración.

Artículo 5.

El médico que lleva a cabo la <eutanasia> deberá, dentro de cuatro días, enviar el documento de registro contemplado en el artículo 7, debidamente cumplimentado, a la Comisión Federal para la supervisión y la evaluación mencionada en el artículo 6 de esta ley.

CAPÍTULO V. - La Comisión Federal para la supervisión y la evaluación.

Artículo 6.

§ 1. Habrá una Junta Federal de Auditoría y Evaluación la aplicación de esta Ley, en lo sucesivo, "la Comisión".

§ 2. El Comité se compone de seis miembros nombrados sobre la base de su conocimiento y experiencia en asuntos de la competencia de la comisión. Ocho miembros son médicos, cuatro de los cuales son, al menos, profesores de una universidad belga. Cuatro miembros son profesores de derecho una universidad o abogados belga. Cuatro miembros son de los que participan en los problemas de los pacientes que sufren de una enfermedad incurable.

La composición de la Comisión es incompatible con la condición de diputado de las legislaturas y la de un miembro del gobierno federal o una comunidad del gobierno o de la región.

Los miembros de la Comisión son nombrados en relación con la paridad lingüística - cada grupo lingüístico con al menos tres candidatos de cada sexo – y para garantizar una representación pluralista, mediante real decreto deliberado en el Consejo de Ministros de una lista presentada por el Senado en dos ocasiones, por un período renovable de cuatro. El mandato expira automáticamente si el miembro deja de estar en el que se asienta. Los candidatos que no hayan sido designados como miembros de pleno derecho son nombrados como miembros suplentes, de acuerdo con una lista para determinar el orden en el que tendrán que compensar. El comité está presidido por un presidente de habla francés y presidente de habla holandesa. Los presidentes elegidos por los miembros del Comité de su respectivo grupo lingüístico.

La Comisión podrá deliberar válidamente sólo si dos tercios de sus los miembros están presentes.

§ 3. El Comité aprobará su reglamento interno.

Artículo 7.

El Comité establece un documento de registro que debe ser completado por práctica médica cada vez que se practica la<eutanasia>.

Este documento consta de dos partes. La primera parte debe ser sellada por el médico.

Contiene los siguientes datos:

1. El nombre y la dirección del paciente;
2. El nombre completo, número de registro y dirección del médico INAMI contratista;
3. El nombre completo, número de registro y dirección del INAMI (s) médico (s) que ha (n) sido consultada (s) sobre la aplicación de <eutanasia>;
4. El nombre, la dirección y la calidad de todos los consultados por el pleno médico, así como las fechas de estas consultas;

5. Si hay una declaración de principios y una o más personas la confianza, se debe indicar el nombre completo del (la) persona (s) de confianza que es (son) intervenido (s).

Esta primera parte es confidencial. Se transmite por la comisión médica. Ella puede consultarse a partir de una decisión de la comisión, y de ninguna manera puede servir de base en la misión de la comisión de evaluación.

El segundo componente es confidencial y contiene los siguientes datos:

1. El sexo y la fecha y lugar de nacimiento del paciente;
2. Fecha, hora y lugar de la muerte;
3. Mención de la afección accidental o patológica grave e incurable sufriendo el paciente;
4. Que la naturaleza del dolor sea constante e insoportable;
5. Por qué el sufrimiento es descrito como insaciable;
6. Elementos que han ayudado a asegurar que la solicitud se hizo de manera voluntaria, deliberada y repetida sin presión externa;
7. Si podríamos estimar que la muerte se llevaría a cabo en un futuro próximo;
8. Si hay una declaración de intenciones;
9. El procedimiento seguido por el médico;
10. Cualificación del médico consultado, el asesoramiento y las fechas de estas consultas;
11. De la calidad de los consultados por el médico, y las fechas de estas consultas;
12. Cómo la <eutanasia> se llevó a cabo y los medios utilizados.

Artículo 8.

El Comité examinará el documento de registro que se completó y se lo debe notificar al médico. Se comprueba en la base de la segunda parte del documento registrado, si la <eutanasia> se realizó bajo las condiciones y el procedimiento de esta Ley. En caso de duda, la Comisión podrá decidir, por mayoría fácil de levantar el anonimato. Se necesita el conocimiento de la primera parte de documento de registro. Se puede pedir al médico todos los registros relacionados con la <eutanasia>. Se trata de una decisión en el plazo de dos meses.

Cuando decidió por mayoría de dos tercios, el Comité considera que no se cumplen los requisitos de la presente ley, envía el archivo al fiscal del lugar de la muerte del paciente. Al levantar el anonimato revela hechos o circunstancias que puede afectar a la imparcialidad o la independencia de juicio de un miembro de la Comité, que será miembro de excusarse o puede ser descalificado de la consideración de este caso por la comisión.

Artículo 9.

El Comité informará a las Cámaras Legislativas, la primera vez dentro de los dos años de la entrada en vigor de la presente Ley, y, posteriormente, cada dos años de edad:

- a) Un informe estadístico sobre la base de la información recogida en la segunda parte de los médicos Registro completada en la sección de papel 8;
- b) Un informe que contenga una descripción y evaluación de la aplicación de la esta Ley;
- c) En su caso, las recomendaciones que podrían conducir a una iniciativa medidas legislativas y / u otros referentes a la implantación de esta Ley.

Para llevar a cabo estas misiones, la Comisión podrá recabar toda la información útil a partir de diversas autoridades e instituciones. La información recogida por la Comisión son confidenciales.

Ninguno de estos documentos puede contener la identidad de cualquier persona en los expedientes presentados a la Comisión bajo el control previsto en el artículo 8.

La comisión podrá proporcionar la información estadística y puramente técnicos, a la exclusión de todos los datos de carácter personal, los equipos de investigación académica harán una solicitud motivada. Se puede oír expertos.

Artículo 10.

El Rey pone un marco administrativo a disposición de la comisión para el cumplimiento de sus obligaciones legales. El personal y el idioma del personal administrativo será fijada por real decreto deliberado en el Consejo de Ministros la propuesta de los ministros que tienen la Salud Pública y la Justicia en sus funciones.

Artículo 11.

Los costos de operación y gastos de personal de la Comisión, la remuneración de sus miembros se paga por medio de los presupuestos de los ministros tener la Justicia y de la Salud Pública en sus funciones.

Artículo 12.

Cualquier persona que ayuda, en cualquier condición, la aplicación de esta Ley, está obligado a mantener la confidencialidad de los datos confiados en el ejercicio de su misión y que se relacionan con el ejercicio de los mismos. El artículo 458 del Código Penal es aplicable.

Artículo 13.

Dentro de los seis meses desde la presentación del primer informe y, si es necesario, recomendaciones de la Comisión se refiere el artículo 9, las Cámaras Legislativas organizar un debate al respecto. Este período de seis meses se suspende durante el período disolución de la falta legislativa y / o de las habitaciones con el gobierno la confianza de las cámaras legislativas.

CAPÍTULO VI. - Disposiciones especiales.**Artículo 14.**

La solicitud y la declaración anticipada de la intención prevista los artículos 3 y 4 de esta Ley no son vinculantes.

No se requiere médico para llevar a cabo la <eutanasia>.

Ninguna otra persona está obligada a participar en la <eutanasia>.

Si el médico de consulta se niega a llevar a cabo la <eutanasia>, está obligado a informar al paciente, de manera oportuna o persona de cualquier fe, especificando las razones. En los casos en que la negativa se justifique por razones médicas, es registrada en la historia clínica del paciente.

Un médico que se niega a cumplir con una solicitud de <eutanasia> es necesario para petición del paciente o persona de confianza, comunicar los registros médicos del paciente designado por la persona o por la confianza.

Artículo 15.

El fallecido tras una <eutanasia> de acuerdo con las condiciones impuestas por esta Ley, se considerará que falleció de causas naturales para la ejecución de los contratos a los que es parte, en particular los contratos de seguros.

Las disposiciones del artículo 909 del Código Civil se aplicarán a los miembros del equipo cuidado de la salud se refiere el artículo 3.

Artículo 16.

Esta Ley entrará en vigor tres meses después de su publicación en Belga Boletín Oficial.

Promulgar esta Ley, ordenar que se selló con el sello del Estado y publicado en la Gaceta Oficial de Bélgica.

Bruselas, 28 de mayo de 2002.

ALBERT

Por el Rey:

El Ministro de Justicia,

Sr. VERWILGHEN

El lado con el sello del Estado:

El Ministro de Justicia,

Sr. VERWILGHEN.