

Principios éticos de la muerte digna

Dr. Germán Aller Maisonnave / Dr. Guido Berro Rovira / Ac. Dr. Néstor Campos Pierri

Dr. Luigi Cavalieri Cetrangolo / Ac. Dr. Oscar Cluzet / Dra. Adriana Della Valle

Dr. Juan E. Fagúndez / Dr. Daniel Morelli / Dr. Ope Pasquet Iribarne

Dr. Ángel Valmaggia / Ac. Dr. Mario Varangot

FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

Comisión de Asesoramiento Bioético

Principios éticos de la muerte digna

FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

Comisión de Asesoramiento Bioético

Las opiniones e interpretaciones incluidas en la presente publicación son exclusiva responsabilidad de los autores y no representan necesariamente a la FEMI ni a su Comisión de Asesoramiento Bioético.

Coordinación General:
Ac. Dr. Oscar Cluzet
Equipo de Comunicación de FEMI

Depósito Legal: 378.615

© 2020, Federación Medica del Interior
www.femi.com.uy
Cufre 1781 - 11200 Montevideo - Uruguay
Tel.: (+598) 1750

Producción gráfica: Cebra Comunicación

Índice

Prólogo	
Muerte digna: sus fundamentos éticos y médico-legales	5
Definiciones fundamentales	7
El incumplimiento de la legislación.....	13
La planificación anticipada de decisiones al final de la vida como expresión operativa de las voluntades anticipadas.....	15
Los comités de ética asistencial en la muerte digna	19
La muerte asistida desde la perspectiva ética de la muerte digna	21
Contribución médico-legal sobre definiciones y conceptos del final de la vida.	33
Proyecto de Ley. Eutanasia y suicidio médicamente asistido.....	37
Sobre eutanasia y suicidio asistido.....	47
Proyecto de Ley. Cuidados paliativos	49
Proyecto de ley sobre cuidados paliativos.....	63
Muerte digna: sus fundamentos éticos, médico-legales y normativos. Una visión médica desde la asistencia.	67
Eutanasia. Una visión crítica desde el derecho penal.	71
Eutanasia: entre la historia, la medicina y el derecho	75

Acceso a video completo de la jornada

La presente publicación es resultado de la jornada (virtual) “MUERTE DIGNA: SUS FUNDAMENTOS ÉTICOS, MÉDICO-LEGALES Y NORMATIVOS” realizada en el mes de julio 2020, por la Federación Médica del Interior (FEMI) a través de su Comisión de Asesoramiento Bioético.

Se puede acceder al video completo de la referida jornada escaneando el siguiente código QR:



El video se encuentra disponible en YouTube en el canal “Femi gremial” y también se puede acceder al mismo digitando en el navegador WEB la dirección URL:

<https://www.youtube.com/watch?v=v4euE4KUa8o&feature=youtu.be>

Prólogo

Muerte digna: sus fundamentos éticos y médico-legales

Esta publicación está motivada por una jornada realizada en el mes de julio 2020, por la Federación Médica del Interior (FEMI) a través de su Comisión de Asesoramiento Bioético.

La temática es de suma importancia, debiendo ser conocida y discutida por toda la sociedad y ha sido puesta en la agenda pública, por la presentación de leyes al respecto. Aunque en el mundo desde hace más de 20 años se discute y se toman posiciones al respecto, por diversos factores, tales como la prolongación de la expectativa de vida, los tratamientos oncológicos actuales, que han permitido la sobrevivencia y el control de muchas enfermedades antes terminales, la creciente institucionalización de pacientes crónicos y finalmente, la progresiva medicalización y judicialización de la medicina.

En esta publicación participan médicos de diferentes especialidades, abogados, y legisladores, por lo cual, tiene un valor agregado, debido a la mirada de cada colectivo, todos integrantes de la sociedad, y sobre todo para comprender lo que piensa cada grupo.

Y como dijo Aristóteles: *”Nunca se alcanza la verdad total, ni nunca se está totalmente alejado de ella.”*

Debido al conocimiento, experiencia y calidad de los expositores, no dudamos de la aprobación y repercusión que tendrá esta publicación.

Antes que nada debemos definir los términos de tal manera que identifiquemos los términos a emplear y no que discutimos porque nombramos una misma acción con palabras diferentes.

Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación, testamento vital o toma de decisiones anticipadas, encarnizamiento terapéutico, fármacos para calmar el dolor, objeción de conciencia, etc., son algunos de los diferentes términos que serán abordados en este trabajo.

Asimismo, entra en la discusión la Bioética, que es la ética aplicada a la vida, así como el relacionamiento entre la sociedad y el equipo de salud, basada en valores muy im-

portantes para la vida y la convivencia en sociedad. Hay que tener en cuenta que la Bioética tiene en el mundo un desarrollo menor a cincuenta años, ya que fue individualizada y difundida en la década de los setenta.

Esta publicación basada en la jornada señalada no intenta ser un tratado, sino que simplemente pretende una información que permita realizar reflexiones de esta temática que debe ser conocida y discutida por la sociedad en su conjunto.

Cada expositor realizara su ponencia, e intentaremos de ser posible hacer una pequeño resumen de conclusiones.

Todos deseamos una buena y digna muerte, por ello tenemos que informarnos y discutir, la opinión de todos los expositores, ya que no tenemos nuestra propia experiencia, sino lo que vimos, sentimos y nos contaron.

El proceso del morir, así como del nacimiento, no se produce en soledad, sino que es un acto social, siendo acompañados por nuestros “quereres”, familiares y amigos.

Esto que es un acto social ha ido cambiando en el transcurso de la historia con diferentes interpretaciones, rituales y sentimientos.

La muerte es un proceso del soma y de la psiquis, intensamente relacionado e influido el uno por el otro, por eso deseamos una paz somática (sin dolor) y una paz espiritual, que puede o no ser religiosa, de tranquilidad total.

Por ello esto tenemos que discutirlo no solo para nosotros, sino también, cuando somos espectadores cercanos de la muerte de un ser querido, al cual sin lugar a dudas le deseamos una buena y digna muerte.

“La aspiración a una buena calidad de vida se prolonga de modo natural en la aspiración a una buena calidad de muerte.” (María Duran).

Si bien tengo mi posición tomada sobre esta temática, intente ser lo más objetivo al respecto, ya que la tolerancia y la empatía son fundamentales para vivir en una verdadera sociedad democrática.

Antes de finalizar, quiero agradecer públicamente- a la Comisión de Asesoramiento Bioético de FEMI, por el alto honor de haberme solicitado que realizara este prólogo, así como por haberme designado coordinador de la Jornada aludida.

Ac. Dr. Néstor Campos Pierri

*Integrante de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay (ANM)
Docente Libre de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina del Uruguay
Ex Presidente del Colegio Médico del Uruguay 2015-2018*

Definiciones fundamentales

*Dra. Marta Bove Panizza**

Porqué comenzar con definiciones?

Porque una de las grandes dificultades de los debates sobre el fin de la vida, es la de los términos, la de las palabras y su significado.

La palabra más importante de todas, la aparentemente más polisémica y cargada de valor, tanto positivo como negativo, es la palabra eutanasia.

Noticias periodísticas, debates televisados, tertulias de radio, artículos académicos, encuestas de opinión, etc., atribuyen con frecuencia significados completamente diferentes a dicha palabra, con lo que los juicios morales y jurídicos que reflejan, suelen ser distintos, y a veces, contrapuestos.

Por lo que nos parece importante aclarar significados. Porque el ser precisos con el lenguaje es un requisito imprescindible para garantizar procesos de deliberación cuyo resultado tenga sentido para los participantes en él, y para los afectados por él.

Argumentar en serio en ética, en política, en derecho, exige un acuerdo mínimo sobre el significado de los términos que se usan.

Se trata, de alguna manera, de la construcción de un espacio de ética civil que establece lo que dentro de una sociedad se entiende, en un momento determinado, como formas de respetar la dignidad de todos los seres humanos, y que por eso es refrendado mediante normas jurídicas que lo protegen.

En definitiva, este documento pretende ser una ayuda que, aportando claridad y uniformidad a los conceptos, facilite la deliberación ética y la comunicación, en esta fase particularmente delicada de la vida.

* Especialista en Cuidados Paliativos. Presidenta del Comité de Ética Asistencial de la Asociación Médica de San José IAMPP Uruguay. Ex Integrante de la Comisión de Asesoramiento Bioético de la Federación Médica del Interior del Uruguay (FEMI)

- ***Eutanasia:***

Acción encaminada a producir la muerte de un paciente, es decir, que la produce en forma directa mediante una acción causa-efecto única e inmediata.

Se realiza a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad.

En un contexto de sufrimiento, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable.

Realizada por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes.

Eso es lo que correspondería a una eutanasia activa, directa, voluntaria.

De esta manera, el término eutanasia se restringe a ésta única definición.

Asimismo, una serie de neologismos como adistanasia, distanasia, ortotanasia, etc. son términos que no se usan más y que deben ser desechados.

La cesación, retirada u omisión de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongar la vida biológica de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible, no es eutanasia. Corresponde a lo que se denomina actualmente adecuación del esfuerzo terapéutico.

Esto es lo que anteriormente se denominaba eutanasia pasiva, un término muy confuso, y que lleva, hasta el día de hoy, a reiteradas interpretaciones erróneas.

- ***Adecuación del esfuerzo terapéutico
(Limitación del esfuerzo terapéutico - let)***

Consiste en **retirar** o **no iniciar** determinadas medidas terapéuticas, porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. Consiste en una redefinición de las necesidades del paciente y de las estrategias de cuidado. Se establece a través de la deliberación libre entre el paciente y el equipo de salud.

En ésta situación, es la enfermedad la que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional.

La adecuación del esfuerzo terapéutico, «*permite*» la muerte en el sentido de que no la impide, pero en ningún momento la «*produce*» o la «*causa*». Esta diferencia entre «permitir» la muerte o «producir» la muerte, es lo que separa la adecuación del esfuerzo terapéutico de la eutanasia.

Esta recomendación está basada en juicios de futilidad y proporcionalidad. El fundamento de la adecuación del tratamiento es evitar la obstinación terapéutica siendo éticamente admisible necesariamente.

Desde el análisis ético existe consenso en afirmar que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible.

El término limitación del esfuerzo terapéutico debe evitarse. Es otro término médico no exento de polémica, por las consideraciones negativas del término en sí mismo. No se trata de ninguna limitación del tratamiento, sino una adaptación del mismo para un paciente dado, en una situación específica.

• *Obstinación terapéutica :*

Consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte de un paciente tributario de tratamiento paliativo. Se aplican incluso sabiendo que no serán útiles para curar ni para mejorar la calidad de vida. A esto se le llama **futilidad terapéutica**.

Un tratamiento no es obligatorio cuando no ofrece beneficio para el paciente o es fútil. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica.

Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia.

Es preferible desechar el término “encarnizamiento” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa. (Gómez Sancho)

En definitiva, la obstinación terapéutica está orientada a hacer todo lo posible para prolongar la vida y evitar la muerte, independientemente de sus cargas, sufrimientos y costos.

• *Suicidio medicamente asistido:*

Actuación de un profesional sanitario, mediante la cual proporciona, a petición expresa y reiterada de un paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que considera como inaceptable -que no se ha conseguido mitigar de otra forma- los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida, suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.

La diferencia sustancial entre eutanasia y suicidio asistido está en la función que cumple el médico, ya que en el caso de la eutanasia le indica y administra las drogas para provocar la muerte. En el caso del suicidio asistido le indica y facilita es drogas, pero es el mismo paciente quien se las auto-administra.

• *Sedación paliativa:*

Consiste en la administración de fármacos a un paciente en situación de enfermedad terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea

preciso, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas que no han podido ser controlados (refractarios), contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia.

La sedación paliativa es una conducta terapéutica, que si se realiza conforme a lo señalado, no debería ser considerada de modo diferente a otra práctica médica.

Está basada en el principio del «**doble efecto**» que establece que, cuando una determinada actuación tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, si lo que se está buscando es el efecto positivo, pero como consecuencia de ello se produce, de manera no buscada, el negativo (depresión de la conciencia), la actuación es moralmente correcta.

La sedación paliativa, cuando está indicada, es un derecho del paciente y un deber del médico

DIFERENCIA ENTRE SEDACIÓN PALIATIVA Y EUTANASIA

	SEDACION PALIATIVA	EUTANASIA
Objetivo	<i>Alivio de un síntoma refractario</i>	<i>Producir la muerte</i>
Procedimiento	<i>Ajuste de fármacos sedantes</i>	<i>Administración de fármacos letales</i>
Resultado	<i>Alivio del sufrimiento. Muerte en horas o días</i>	<i>Muerte inmediata</i>

Las decisiones al final de la vida no son tomadas como una única y definitiva decisión, porque esto es un continuo y evolutivo proceso, donde, la condición del paciente, los síntomas, y sus necesidades, pueden cambiar cada día e incluso en pocas horas.

Es un proceso de deliberación compartido entre el paciente, los familiares y el equipo de salud.

• *Morir con dignidad:*

El concepto de morir con dignidad ha despertado extensas discusiones y existen visiones muy diferentes.

Para algunos es sinónimo del derecho a disponer de la propia vida basados en el principio de autonomía, mientras que para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor, con serenidad, acompañado, dando gracias y reconciliados consigo mismo y con los demás.

En otras palabras, morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo a la visión metafísica y religiosa de cada uno. Entendido de esa manera, la responsabilidad del médico y otros profesionales de la salud será entonces favorecer estas condiciones y respetar los valores de pacientes y familiares.

Vamos a tomar como definición de morir con dignidad, la establecida por el Prof. Dr. Marcos Gómez Sancho:

Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte (dignidad como condición intrínseca), el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera del equipo asistencial.

Si bien se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento, también hay que tener en cuenta otros factores humanos, cómo la presencia de seres queridos y la creación de un entorno amable.

Bibliografía

- Beca, JP, Astete, C. *Bioética Clínica*. Santiago, Chile Editorial Mediterráneo, 2012
- Beca, JP, Ortiz A, Solar, S. *Derecho a morir. Un debate actual*. Revista Médica de Chile.2005; 133: 601-606.
- Gracia, D, Júdez, J. *Ética en la práctica clínica*. Madrid, España. Editorial Triacastela, 2004.
- Gómez Sancho, M. *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid, España. Editorial Aran, 1998
- Gómez Sancho, M. et al. *Atención Médica al Final de la Vida: conceptos y definiciones*. Gaceta Médica de Bilbao 2015; 112 (4): 216-218
- De Simone, G, Tripodoro V. *Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas*. Buenos Aires, Argentina. Pallium Latinoamérica, 2004
- Simón Lorda, P et al. *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*. Revista Calidad Asistencial 2008; 23(6): 271-285
- Tripodoro, V. *Te voy a acompañar hasta el final*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Capital Intelectual, 2011

El incumplimiento de la legislación

La necesidad de instalar la discusión social

*Dr. Luigi Cavalieri Cetrangolo**

En nuestro país existe una profusa normativa jurídica que garantiza los derechos de los pacientes a lo largo de toda su vida.

Lamentablemente su aplicación en la práctica clínica cotidiana, presenta numerosas falencias.

- Algunas derivan de la complejidad administrativa y burocrática del propio texto legal.
- Otras denuncian un flagrante **incumplimiento de las responsabilidades institucionales** de los prestadores de asistencia médica (tanto públicos como privados); permitida por la omisión del Ministerio de Salud Pública, en el cumplimiento de su rol de policía sanitaria.

Algunos ejemplos:

1. Disponibilidad real de **médico de referencia** que haga el seguimiento longitudinal del paciente, conozca su biografía, sus valores y sus creencias filosóficas y/o religiosas, dejando debida constancia en la historia clínica.
2. Aplicación universal del consentimiento informado, como **proceso dialógico**, y no como mero formulario administrativo, para asegurar el ejercicio de la autonomía del paciente así como la validez jurídica y ética de cada acto médico.
3. Expresión de voluntades anticipadas que no impliquen trabas burocráticas ni costos, recabadas a través de todo el proceso asistencial y registradas en la historia clínica.
4. Acceso universal a **cuidados paliativos** de calidad, tanto para pacientes oncológicos como no oncológicos, de ser posible en el domicilio del paciente.
5. Respeto a la orden de NO REANIMAR.
6. **Sistema de Cuidados** sin costo para los pacientes con alta dependencia.
7. Control estricto por parte del Ministerio de Salud Pública de la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial (CEA) en todas y cada una de las instituciones prestadoras de asistencia integral.

* Reumatólogo. Integrante de la Comisión de Asesoramiento Bioético de la Federación Médica del Interior (FEMI). Ex Integrante del Tribunal de Ética Médica de FEMI. Consejero del Consejo Regional Este del Colegio Médico del Uruguay

• *Eutanasia: la necesidad de instalar la discusión social*

Según Adela Cortina, referente ineludible en temas de Ética Cívica “El debate entre **sacralidad de vida y calidad de vida** es un debate de valores del nivel de máximos, y no parece haber en él acuerdo moral posible.”

- Las preocupaciones que los pacientes aducen para solicitar suicidio médicamente asistido están mucho más relacionadas con valores como **la pérdida de autonomía, la disminución de la capacidad para hacer cosas placenteras en la vida y la pérdida de la dignidad**, que por su situación clínica de sufrimiento intolerable o la presencia de síntomas insufribles.”
- **Los cuidados paliativos, no anulan pues las peticiones de muerte asistida**, ni siquiera en lugares como Oregón, donde son brindados con demostrada calidad, y con el mayor índice de consumo de morfina.

“De lo dicho puede concluirse que **eutanasia y cuidados paliativos no son mutuamente excluyentes** y que las leyes que se puedan aprobar en el futuro deberían **marcar límites claros y salvaguardas concretas, para evitar los abusos malintencionados y los malos usos bienintencionados.**”

“Por eso precisamente es adecuado comenzar a caminar hacia la **despenalización** de algunas prácticas destinadas a **acortar la vida de las personas enfermas que así lo soliciten**”.

“No hacerlo, dada la realidad de una sociedad civil que así parece pedirlo, es precisamente **imponer el monismo moral**, y eso, no es ni democrático ni justo”.

“Por el bien de los enfermos, por la optimización de la calidad de asistencia a la terminalidad, por la mejora de la relación entre pacientes y profesionales sanitarios y por una sociedad auténticamente pluralista y democrática.”

Bibliografía

Ley N° 18.335 - Decreto Reglamentario 274/2010: *Derechos y obligaciones de Pacientes y Usuarios de Los Sistemas de Salud.*

Ley N° 18.473 del 2009 - Decreto Reglamentario 385/ 2013. *Voluntades anticipadas.*

J. Judez: Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado . *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30 (Supl. 3): 137-161.

J. Masiá: Dignidad humana y situaciones terminales. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30 (Supl. 3): 39-55.

Una posible despenalización de la Eutanasia: Declaración del Institut Borja de Bioètica- Enero de 2005

Sobre la moralidad de la eutanasia y del suicidio asistido: *Koldo Martínez-Urionabarrenetxea. Rev Calidad Asistencial.* 2005;20(7):400-7407.

La planificación anticipada de decisiones al final de la vida como expresión operativa de las voluntades anticipadas

*Dr. Ángel Valmaggia**

Desde fines del Siglo pasado hemos transitado múltiples cambios en la relación Médico-Paciente, desde una relación paternalista hacia la participación activa del paciente en las decisiones referentes a su salud, privilegiando su AUTONOMÍA.

En relación a la misma, la Voluntad Anticipada en nuestro País, fue aprobada por la Ley No. 18.473 del 3 de abril del año 2009, reglamentada el 4 de diciembre del año 2013. ⁽¹⁾

Como antecedente histórico podemos mencionar el testamento vital, en el cual el paciente debía escribir en un documento la clase de tratamiento que quería recibir al final de su vida o si no quería recibir ninguno. (Living will, 1969), expresión creada por Louis Kurtner.⁽²⁾ Era una manera de solucionar problemas que pudieran surgir entre los pacientes y los médicos hacia el final de la vida, no se tenía en cuenta en ese momento la autonomía del paciente.

La declaración de la AMM, en Lisboa, 1981,⁽³⁾ establece en la declaración sobre los Derechos del paciente; “la relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años.

Aunque el 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. La razón más importante de la Voluntad Anticipada es que el paciente sea protagonista o co-gestor de su salud.

La Planificación Anticipada de Decisiones es el resultado de un proceso entre el paciente y los profesionales, con la participación de la familia y otras personas vinculadas, para conocer las preferencias del paciente con el objetivo de establecer los objetivos asistenciales de forma conjunta y facilitar las decisiones en caso de que el paciente deje de ser capaz de tomarlas en un futuro.⁽⁴⁾

Debe quedar constancia en la historia clínica el resultado de esta planificación anticipada de forma clara y VISIBLE. Otra forma posible de expresión de voluntad anticipada es actuar de acuerdo a lo que establece la ley No. 18.473.

* Integrante de la Comisión de Asesoramiento Bioético de la Federación Médica del Interior (FEMI). Ex Integrante del Tribunal de Ética Médica de FEMI. Ex Presidente del Tribunal de Ética del Colegio Médico del Uruguay 2015-2018. Ex Presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina 2004-2006

LEY No. 18.473. Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales

Artículo 1

Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros.

Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible.

Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aun cuando la persona se encuentre luego en estado de incapacidad legal o natural.

No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren.

De igual forma podrá manifestar su voluntad anticipada en contrario a lo establecido en el inciso segundo de este artículo, con lo que no será de aplicación en estos casos lo dispuesto en el artículo 7° de la presente ley.

Artículo 2

La expresión anticipada de la voluntad a que refiere el artículo anterior se realizará por escrito con la firma del titular y dos testigos.

También podrá manifestarse ante Escribano Público.

Deberá ser incorporado a la Historia Clínica

Artículo 4

La Voluntad Anticipada puede ser revocada de forma verbal o escrita, en cualquier momento. El médico deberá dejar debida constancia en la historia clínica.

Artículo 5

El diagnóstico del estado terminal de una enfermedad incurable e irreversible, deberá ser certificado por el médico tratante y ratificado por un segundo médico en la historia clínica del paciente.

Artículo 7

En caso que el paciente en estado terminal de una patología incurable e irreversible certificada de acuerdo con las formalidades previstas en el artículo 5° de la presente ley, no haya

expresado su voluntad conforme al artículo 2º de la presente ley y se encuentre incapacitado de expresarla, la suspensión o procedimientos será una decisión del cónyuge o concubino, o en su defecto de los familiares en primer grado de consanguinidad.

La Planificación Anticipada de las decisiones tienen el fundamento ético en una variante del principio de autonomía, la autonomía prospectiva. Es una manera práctica de aproximarse con prudencia y respeto a la adecuación del esfuerzo terapéutico.⁽⁴⁾

Bibliografía

- 1) Ley No. 18.473 de Voluntad Anticipada, 3 abril 2009 y su Decreto Reglamentario del 4 Dic. 2013.-
- 2) DueProcess of Euthanasia: the living will, 1969.-
- 3) Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos del paciente, 34º. Asamblea Médica Mundial, Lisboa, 1981.-
- 4) Bioética Clínica, Juan Pable Beca, Carmen Astete, Ed. Mediterránea, 2012, Sgo. Chile, 403-405.-

Los comités de ética asistencial en la muerte digna

*Dr. Daniel Morelli**

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) son comisiones multidisciplinarias consultivas y deliberativas, al servicio de profesionales y usuarios del sistema de salud, creadas para analizar y asesorar en la resolución de conflictos éticos que puedan surgir en la tarea asistencial y que tiene como objetivo final mejorar la dimensión ética de la práctica clínica y la calidad de la asistencia sanitaria. (Álvarez, 2004)

Los antecedentes se remontan a las comisiones asesoras creadas en los años 60 en EE.UU., ante la necesidad de seleccionar los pacientes para el programa de diálisis y la escasez de recursos .

En la década de los 70 surgen en la mayoría de los hospitales de EE.UU. para asesorar en el tratamiento de pacientes terminales, en casos neonatológicos con pacientes minusválidos, en fertilidad asistida y otros tantos temas que involucran decisiones morales.

En 1976, el Tribunal Supremo de Nueva Jersey en EE. UU. dicta una sentencia en la cual concluye que la resolución de los problemas morales que se producen en la práctica clínica deban ser resueltos por un CEA sin tener que concurrir a tribunales.

La consolidación final de los Comités la da la Comisión de Acreditación de Hospitales de EE.UU. en el año 1992, al exigir su existencia para habilitar estas organizaciones.

Durante la década del 90 se crean y consolidan los CEA en los hospitales de los países europeos. (Mireya Bravo 2012)

En el año 2005, la Conferencia General de la UNESCO aprueba la Declaración Universal sobre Bioética y DD. HH., en su capítulo 19 reconoce que se deberán crear, promover y apoyar comités de ética independientes, multidisciplinarios y pluralistas con miras a prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos, evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología y formular recomendaciones y fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética. (UNESCO 2006)

En nuestro país, el decreto 274/010 del 08/09/010 , que reglamenta la ley 18.335 referida a los derechos de los pacientes establece la obligatoriedad de la constitución y funcionamiento de Comités de Bioética, con los cometidos preceptuados por la UNESCO y al Ministerio de Salud Pública, en su rol de policía sanitaria, fiscalizar su funcionamiento.

* Integrante de la Comisión de Asesoramiento Bioético de la Federación Médica del Interior (FEMI). Ex Integrante del Comité de Ética Médica de FEMI. Ex integrante del Tribunal de Ética del Colegio Médico del Uruguay

Pero ésta función no ha sido cumplida hasta ahora de manera efectiva porque casi no existen CEA funcionando en las instituciones de ASSE, fundamentalmente en el interior del país, siendo la propia ASSE dependiente jerárquicamente del MSP.

En los últimos 10 años, impulsados por las gremiales médicas, están funcionando en muchas instituciones asistenciales, Comités de Ética Asistencial pero aún faltan en muchas. Es una tarea pendiente.

Si no queremos continuar afirmando que el progreso discursivo o manuscrito constituye un avance verdadero en el plano ético, se necesita contar con una vigilancia sobre el real nivel de cumplimiento de la normativa ética, tarea que deben realizar hacia el interior de las instituciones, los Comités de Ética Asistencial y a nivel nacional este papel le corresponde, sin duda alguna, al Ministerio de Salud Pública.

Debemos reiterar que no le corresponden a los CEA ninguna función de juzgamiento de las conductas éticas de los profesionales de la salud. Función que a partir de la ley 19.286 de la creación del Colegio Médico, le corresponde a su Tribunal de Ética.

Tampoco detenta ningún espacio de poder en el funcionamiento de las instituciones. Su rol es de asesoría y sus resoluciones no son vinculantes, siendo de competencia de quienes desempeñan tareas ejecutivas en el área clínica, su instrumentación.

Los CEA deben desempeñar un rol fundamental a nivel institucional en el logro de la muerte digna de nuestros pacientes en tres planos.

En su rol *consultivo*, recomendar la mejor determinación de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en situaciones clínicas concretas. En enfocar el acompañamiento con cuidados paliativos de calidad y en el análisis de los valores en conflicto: Vida, autonomía, libertad, compasión.

En el plano *normativo*, preocupándose por el cumplimiento de los principios éticos en el logro de la muerte digna de nuestros pacientes.

Y, por último, en el plano *educativo*, jerarquizando la importancia de los CEA en este asunto y diseñando las mejores estrategias formativas dirigidas al personal de la salud y hacia la comunidad.

Bibliografía

Álvarez J.C. Comités de ética asistencial. Informes Portal Mayores, 2004; 18: 1 -18 .

UNESCO: Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2006.

Mireya Bravo: Comités de Ética Asistencial. En: Bioética Asistencial. Juan Pablo Beca y Carmen Astete, 2012. Pág. 244.

La muerte asistida desde la perspectiva ética de la muerte digna*

Ac. Dr. Oscar Cluzet **

Introducción: consideraciones preliminares

El derecho a la disponibilidad de la propia vida se ha ido consolidando en nuestras modernas sociedades como una extensión natural y, a la vez, límite del principio de autonomía. En paralelo con el proceso de desarrollo de los cuidados paliativos (en nuestro país, aún insuficiente y desigualmente distribuidos en su territorio), se ha reafirmado el compromiso del médico con la provisión del conjunto de medidas que permitan obtener la muerte digna de su paciente, logro que los mismos cuidados paliativos ofrecen proporcionar de manera óptima. A la vez y en diferentes países, incluido el nuestro, han surgido inquietudes ciudadanas y diversas iniciativas jurídicas referidas a la muerte asistida, concebidas con igual propósito.

Como consecuencia de lo antedicho, en el presente trabajo hemos considerado necesario tratar de establecer aquellos principios éticos que debieran ser contemplados para el mencionado logro de una muerte digna, objetivo fundamental de la Medicina de todos los tiempos. Y ello, cualquiera sea la modalidad de muerte empleada pero, en lo posible, bajo condiciones de entorno que cuenten con cuidados paliativos de la mayor calidad, proporcionados al muriente.

En coherencia con este enfoque desde los principios éticos, nos abstendremos de realizar cualquier consideración directa, referente a los diversos proyectos en curso, algunos de los cuales ya han sido propuestos a nivel legislativo en nuestro medio.

Muerte digna: definición

De las múltiples definiciones que es posible asignar al término, seguiremos aquí la que nos proporciona el Profesor Marcos Gómez Sancho¹, ya expuesta en el capítulo de definiciones

* El autor desea expresar su especial agradecimiento al Profesor Juan Alberto Perales Cabrera, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Fernando, del Perú, por sus certeros comentarios críticos sobre el presente trabajo.

** Magíster en Bioética: Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile e Instituto Borja de Bioética de Barcelona, España (2013). Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay (ANM). Coordinador del Comité de Educación Médica de FEMI. Coordinador de la Comisión de Asesoramiento Bioético de FEMI. Presidente de la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona

terminológicas de este libro: “*Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte (dignidad como condición intrínseca), el respeto a sus creencias y valores, así como a su **decisiva participación en la toma de decisiones**, mediante una relación cercana y sincera del equipo asistencial.*” (Lo subrayado en negrita es nuestro).

“Si bien se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento, también hay que tener en cuenta otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable.”¹

Muerte digna: objetivos de la ponencia

1. Reafirmar el **compromiso de la profesión médica** con el debido acompañamiento del logro de la Muerte Digna de sus pacientes.
2. Clarificar los términos implicados, ya que “*Un debate serio sobre el “derecho a una muerte digna” sólo es posible si se hace un uso correcto de las palabras con que se lo construye.*”²
3. Colaborar en la imprescindible discusión social que debiera preceder ó acompañar cualquier propuesta o proyecto de regulación bioética relacionado.
4. Establecer los principios éticos vinculantes que entendemos debería respetar el personal de salud durante el proceso de morir de sus pacientes, preservando la dignidad humana.

Este último acápite constituye el objetivo fundamental de esta presentación.

Metodología de trabajo

Entendemos que el análisis de la muerte digna debe comenzar por intentar establecer los postulados éticos intrínsecos a ella y que deberían contemplarse, tanto en su desarrollo conceptual como en su práctica clínica. De esta manera, *a posteriori*, toda propuesta regulatoria debería hallarse en congruencia con estos postulados.

Acotamos que, en el presente trabajo, cada uno de los principios o postulados que se irán a desarrollar con tal finalidad se expondrá con su respectivo título, precedido de un número correlativo romano.

Tal desarrollo es nuestra intención actual.

Una advertencia ética de inicio...

Toda discusión sobre la Muerte Digna involucra principios integrantes de la denominada por Adela Cortina “ética de máximos”.³

Los conflictos de ética de máximos dificultan encontrar soluciones de consenso, puesto que cada uno de los actores participantes busca lograr antes que nada y que nadie, el predominio de los valores que sustenta. Como resultado esperable de un previsible equilibrio de poder

resultante, pronto se termina imponiendo, hasta por su pragmatismo, el concepto de que en una sociedad democrática y pluralista, los valores de algunos no le deben ser impuestos a los demás.

En consecuencia y para evitar que los conflictos sociales de raíz ideológica se profundicen, con la inestabilidad social resultante, en toda controversia sobre muerte digna se hace necesario alcanzar acuerdos de consenso en torno a una ética de mínimos, fundamentando así la **ética cívica**, preconizada por Adela Cortina.³

Veamos si ello resulta aplicable en la presente circunstancia...

La muerte digna y los derechos humanos

Dos elementos conceptuales deberían constituir referentes en toda discusión sobre el alcance de la Muerte Digna: los Derechos Humanos y los Fines de la Medicina.

Históricamente, el enfoque desde los derechos humanos ha permitido el avance de los derechos del paciente, porque impone obligaciones al médico y al Sistema de Salud, por un lado y, por otro, porque vuelve fácilmente exigible su cumplimiento efectivo. Esta exigibilidad naturalmente debe comenzar por la de la persona que se considere vulnerada en su propio alcance real del mencionado derecho.

De esta manera, es posible establecer que el acceso a una muerte digna constituya un derecho humano inalienable.

La muerte digna y los fines de la medicina

¿Integra este objetivo de muerte digna los fines de la Medicina? La respuesta nos impresiona como claramente afirmativa. A partir del trabajo de Daniel Callahan, del Hastings Center⁴ y desde una lectura interpretativa en perspectiva ética de su contenido, deberían considerarse como tales los fines expuestos a continuación.

1. Dignificar el proceso de morir de nuestros pacientes.
2. Prevenir la Muerte Evitable.
3. Consolidar la plenitud del ejercicio de la autonomía de la persona del paciente.

Ética de la muerte digna: delimitación del tema

El morir es parte integral de la vida, ***es un proceso humano, más que un acto*** y su debido acompañamiento constituye uno de los objetivos de la Medicina de todos los tiempos, como venimos de analizar.

Pero el deber del médico de facilitar el derecho de su paciente en cuanto a poder acceder a una muerte digna no implica que se halle comprometido también en ejecutar el acto de darle muerte.

El verdadero e ineludible compromiso del médico con el paciente es con el alivio de su dolor y el debido acompañamiento hasta el final.

La muerte digna desde la perspectiva de la medicina centrada en la persona

Un buen comienzo para esta perspectiva, que enlaza la más venerable tradición médica con un paradigma moderno pero a la vez, de retorno a las fuentes como el de la Medicina Centrada en la Persona, expuesto en inúmeros trabajos^{5,6} lo representa la conocida sentencia hipocrática: **“Es más importante conocer al paciente que tiene la enfermedad que a la enfermedad que tiene el paciente.”**

Porque conocer el enfermo significa procesar, por parte del profesional de la salud, de un múltiple reconocimiento relativo al paciente:

1. El de sus circunstancias, deseos, creencias y sueños: *Historia Biográfica Centrada en Valores*.
2. El de su autonomía y dignidad intrínseca.
3. El de su plena participación en la toma de decisiones atinentes a su persona, siendo este último componente la verdadera piedra de toque de su autonomía efectiva.

Las condiciones de la verdadera autonomía

Dado el papel central que la moderna Bioética le adjudica a la plena expresión de la autonomía del paciente, es crucial determinar cuando la misma resulta verdadera, es decir, cuando se puede afirmar que constituye una expresión real de la voluntad de la persona.⁷

Y ello es importante procesarlo así porque será sobre esa verdadera expresión que luego habrán de construirse los fundamentos de la adopción de las decisiones atinentes a la salud y al cuerpo de la persona que el paciente es.

En este sentido, para considerar dicha autonomía como verdadera, se deben encontrar presentes ciertas condiciones de entorno que la validan como tal. Las aludidas circunstancias se exponen a continuación.

1. **Libertad** para adoptar decisiones con relativa independencia de las condicionantes externas. Si bien estas últimas siempre ejercen una cierta repercusión ineludible sobre todas nuestras acciones, aquí se trata de detectar que la influencia de las circunstancias y presiones externas no haya sido determinante fundamental de las decisiones que se terminen adoptando;
2. **Voluntariedad**, en cuanto a que la persona implicada quiera obtener realmente los objetivos proclamados o deseados, concepto que recupera el clásico criterio kantiano de la voluntad humana como factor determinante de la moralidad de una acción y, por último;
3. **Capacidad de Consentimiento**, en cuanto a poder ejercer un juicio maduro y ponderado de evaluación de las circunstancias en las cuales estamos inmersos, entendiendo las consecuencias de todas y cada una de las opciones posibles, para así adoptar una decisión personal ponderada y prudente, siempre en línea con las convicciones más profundas del implicado.

El médico o el equipo de salud deberá cerciorarse, en la medida de lo posible que, desde el interior de la relación clínica con la persona, se encuentran presentes las condiciones expuestas, para recién luego procesar cualquier expresión autónoma.

El equilibrio de los postulados autónomos

Ante la imposibilidad, por ahora, de alcanzar un acuerdo de consenso social sobre el tema de la Muerte Asistida, los postulados rectores de la Autonomía deben guardar una cierta ponderación, que evite el predominio de cualquier ética de máximos.

Se propone el sencillo equilibrio expuesto a continuación.

1. Reconocimiento de la autonomía decisiva del moriente, en toda su extensión imaginable,
lo cual hará necesario admitir el contrapeso de la:
2. Validación de la Objeción de Conciencia del médico ante cualquier solicitud de muerte asistida,
siempre que existiera una:
3. Información completa y veraz sobre la totalidad de las opciones disponibles para el requirente y las consecuencias derivadas de cada una de ellas.

Desarrollaremos ahora cada uno de estos postulados.

I. Reconocimiento de la autonomía decisiva del moriente

Significa reconocer, por parte de la sociedad, incluyendo en primer lugar al mismo profesional médico, la libre disponibilidad de su propio cuerpo por parte de la persona. Se trata de una extensión coherente del principio de autonomía, ya contenido implícitamente en los postulados de la propia concepción principialista.⁸ Es de esta disponibilidad del propio cuerpo de donde surge la de la propia vida.

Pero previamente y, antes de cualquier seria decisión de su parte, la persona requirente de la muerte asistida debería ser asesorada por su médico de referencia.

Porque tanto asesorar no supone sustituir la voluntad de la persona por la del médico como reconocer la auto-disponibilidad de la vida no significa la prescindencia del médico en cuanto a participar en el proceso de morir de su paciente, **exceptuando el acto mismo de producir la muerte, del cual podrá eximirse a sola voluntad: objeción de conciencia.**

II. Validación de la objeción de conciencia del médico ante cualquier solicitud de muerte asistida

La **objeción de conciencia**, aún la planteada por el mismo médico que previamente asesoró en la formulación de la Voluntad Anticipada, constituye un mecanismo de salvaguarda de la propia autonomía del profesional actuante.

Es suficiente conque este profesional invoque una razón genérica de su negativa a acceder a lo solicitado por el paciente, **sin necesidad de argumentación alguna**. Incluso en la situación de muerte asistida, hasta podría ser prescindible tal invocación, por razones jurídicas, porque se estaría elaborando una respuesta en torno a una solicitud del paciente y no configurando un rechazo al cumplimiento de un deber profesional. Elementales razones de buen vínculo hacia el interior de la Relación Clínica indican, sin embargo, la necesidad de brindar la aludida justificación genérica de la negativa a acceder a lo solicitado (obviamente, en el caso de que el médico entienda que corresponda dicha negativa).

III. Información completa y veraz sobre la totalidad de las opciones disponibles para el requirente

Como en las restantes circunstancias asistenciales del momento actual, el médico debe asegurarse de que la decisión libre del paciente lo sea efectivamente y, para ello, resulta fundamental que la misma haya sido tomada con completo conocimiento de la totalidad de la información relevante.

Además, el requirente debe hallarse bajo una adecuada paliación de síntomas y, en particular, sin dolor o sufrimiento de intolerable intensidad.

Porque es lícito preguntarse sino corresponde cuestionar en el plano ético -por lo menos, de inicio-, **la validez de una decisión tomada bajo el imperio de un sufrimiento insoportable**. Y este cuestionamiento sería mayor si además, la persona no conoce todas las variantes involucradas que se hallan a su disposición, incluyendo en primer término, la de provisión de los Cuidados Paliativos de calidad.

IV. Asesoramiento médico para lograr una planificación anticipada de decisiones

A efectos de lograr un armónico desarrollo de este punto, necesitaremos abordar las diversas modalidades que asume actualmente la expresión autonómica. A su vez, en el análisis de estas diferentes formas ético-jurídicas de la autonomía seguiremos las caracterizaciones contenidas en la obra de referencia de Pablo Simon *e Inés María Barrio*.⁹

La autonomía a futuro: (a) la voluntad anticipada

Para la legislación europea, el antecedente normativo más claro de Voluntad Anticipada lo constituye el artículo 9 del Convenio de Oviedo, del año 2000, el cual dice textualmente:

“DESEOS EXPRESADOS ANTERIORMENTE. Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.

La Voluntad Anticipada en Uruguay se halla contemplada en la Ley 18.473 del 2013. Esta garantiza que toda persona mayor de edad y psíquicamente apta tiene derecho a oponerse a

la aplicación (o, en esta particular norma de nuestro país, en una de las variantes previstas, permitir la misma) de tratamientos y procedimientos médicos, expresando anticipadamente su **voluntad** si se encuentra enferma de una patología terminal, incurable e irreversible.

Sin desmedro de un análisis de mayor profundidad, diremos que, en los términos en que ha sido configurada la mencionada normativa, ha resultado conformada una instancia de ejecución predominantemente notarial, que considera la posibilidad de reversión de los deseos del paciente en cualquier momento y sin trámite alguno. Al mismo tiempo y de manera paradójica, permite ejercer la Obstinación Terapéutica sobre el firmante, si este la ha aceptado explícitamente. Además, carece de asesoramiento médico, previo a su formulación y, por último, establece una consulta obligada a un Comité de Ética Asistencial. Entendemos que esta consulta preceptiva al Comité de Ética Asistencial, hace participar a este órgano en calidad de decisor de curso legal en una específica situación clínica, lo cual es contrario a sus funciones en cuanto a brindar asesoramiento pero siempre absteniéndose de adoptar resoluciones de clase alguna. Por otra parte, estas potestades y restricciones aludidas, ya se encuentran firmemente reconocidas en nuestra legislación (ley 18.335 y Decreto Reglamentario 274/010).

Con tales contradictorios rasgos, la aplicación efectiva de la ley de Voluntades Anticipadas en nuestro medio ha sido, hasta el momento, casi inexistente.

La autonomía a futuro: (b) el testamento vital

Esta situación es algo más compleja que la de Voluntad Anticipada porque, además de expresar instrucciones previas a futuro, debe contener la designación de un **representante**, mediante la formulación de un poder específicamente dirigido a tal finalidad.

Este documento permite una decisión de representación, en virtud de la cual se termina aplicando un **juicio sustitutivo** de aquel correspondiente al del paciente involucrado.

Un ejemplo puntual de Testamento Vital conocido por todos lo constituye el habitualmente suscrito por los Testigos de Jehová.

La autonomía a futuro: (c): el juicio sustitutivo

Se define como **representante** a la persona que actúa como **sustituto** del paciente incapaz de tomar decisiones actuales, elegido en virtud de los lazos familiares o de hecho que lo unen a esa persona, o porque el paciente lo designó como tal mediante un poder de representación, o porque la Ley o un juez así lo han determinado.

Tal juicio por sustitución se puede ejercer desde una perspectiva de beneficencia, tal como la puede entender el representante o bien desde la posición de como la hubiera entendido la persona sustituida, en función de su escala de valores y convicciones.

Esta última situación es la que se considera como más respetuosa de la autonomía de la persona sustituida pero es también la más difícil de estructurar en la práctica.

La autonomía a futuro: (d1): la planificación anticipada de decisiones

La Planificación Anticipada de Decisiones es un proceso comunicativo en el que participan la persona enferma, así como los familiares o personas que el implicado considere convenientes. En dicho proceso se explicitan y clarifican los deseos, preferencias y valores del paciente respecto a los cuidados asistenciales que recibirá cuando él no sea capaz de tomar decisiones por sí mismo, designando en tal caso a quién habrá de tomarlas en su lugar.

Entonces, la actividad fundamental a llevar a cabo en este proceso consiste en la elaboración de una instrucción previa, con su respectivo poder de representación.

La autonomía a futuro: (d2): el asesoramiento médico para lograr configurar una planificación anticipada de decisiones

La Planificación Anticipada de Decisiones, realizada bajo asesoramiento médico, debiera poder formularse en términos realistas, con flexible adaptación a las circunstancias y bajo la garantía, sobre todo, de una sana relación clínica, además de aquella emanada de la correspondiente normativa jurídica.

Bajo tales condiciones, la Planificación Anticipada de Decisiones se puede convertir en un procedimiento de gran eficacia para el cumplimiento de las directivas anticipadas.

En efecto, procediendo de esta manera y desde una relación clínica basada en la confianza, es posible alcanzar una efectiva formulación y logro de la Voluntad Anticipada de la persona.

V. Precoz y sistemática instauración de los cuidados paliativos de calidad en el final de la vida

Las eventuales decisiones sobre la muerte asistida deberían ser tomadas siempre por pacientes que reciban los más humanos, precoces y completos cuidados paliativos, no padeciendo de su parte un sufrimiento sin consuelo ni esperanza de alivio.

Reiteramos aquí nuestro previo cuestionamiento a cualquier decisión autonómica formulada en condiciones de intensa depresión anímica o con dolor físico o sufrimiento intolerable de la persona implicada.

VI. Abordaje holístico de las necesidades del muriente

Como la muerte debe ser concebida como un proceso, constituyendo pocas veces un acto de presentación súbita, debiera atenderse al conjunto de necesidades de la persona que va a morir, siempre que ello resultara factible, contemplando en primerísimo lugar el de las relaciones con su familia y seres queridos en general.

Dicho abordaje integral emana de la concepción holística de la Medicina Centrada en la Persona y forma parte, de pleno derecho y en cuanto formulación explícita, del conjunto de objetivos terapéuticos de la Medicina Paliativa, a punto tal que constituye una parte nuclear

de “*lo que hay que hacer cuando ya no queda nada que hacer*” (esto último entendido con criterio curativo).

En la muerte asistida, en cambio y de la manera que se aplica habitualmente, más bien se espera, de preferencia, que el requirente ya tenga estos problemas resueltos. Como en todos los casos de muerte asistida se trata de abreviar al máximo el tiempo implicado en su adecuada resolución, tal premura pudiera entonces y en ocasiones, no resultar suficiente para obtener el mejor resultado posible.

VII. *Gradualismo en la aplicación de las medidas terapéuticas*

La terapéutica al final de la vida, particularmente aquella vinculada a la sedación-analgesia, debe guiarse por un **principio de gradualismo**, que reclama adecuar la dosis administrada en cada momento a la intensidad de los síntomas a paliar.

Porque, aún con una bien fundamentada paliación, el uso de macro-dosis desde el inicio, puede transmutar aquellos cuidados paliativos en una actitud fáctica de tipo eutanásica.

VIII. *Principio de proporcionalidad terapéutica*

La aplicación del Principio de Proporcionalidad permite, en la evolución, la identificación precoz de la Futilidad y de la Obstinación Terapéutica.

Todo médico debe tratar de evitar ambas situaciones, **porque es la oposición a la muerte inevitable, expresada por la práctica clínica de la obstinación y la futilidad terapéutica, la que cubre de indignidad el proceso de morir de nuestros pacientes.**

IX. *Pleno reconocimiento de la validez ética del doble efecto*

Cuando la intención sea paliar y no provocar la muerte, se debe admitir la posibilidad de ocurrencia del fallecimiento del paciente, aceptando plenamente la validez ética del principio del doble efecto, sin que, en manera alguna, ello signifique una práctica eutanásica.

Aceptar la posibilidad del doble efecto significa establecer una nítida distinción entre provocar la muerte y dejar morir, aunque sea siempre bajo adecuada paliación.

La **sedación paliativa** adquiere sentido si se administra con la intención de aliviar y la muerte es consecuencia del doble efecto; no si las dosis o su ritmo de infusión elevados transparentan la intención de dar muerte al enfermo, aún cuando este pudo no haber participado en la decisión.

X. *¿Dejar morir o provocar la muerte?* *La adecuación terapéutica no es eutanasia*

No puede admitirse, bajo ningún concepto, que la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico constituya una forma de Eutanasia. Para comenzar: *en la Adecuación del Esfuerzo Tera-*

péutico, el paciente fallece por progresión de la enfermedad y, si la muerte se produce, ella no fue nunca el fin primario buscado. En la Eutanasia es la propia administración terapéutica la que, de inicio, pretende llegar a producir la muerte. Pero además y no menos importante: la instancia de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico es explícita, se discute en ámbitos colectivos, como los ateneos médicos, es objeto de publicación en la bibliografía especializada y, si no ha sido solicitada previamente, se le comienza por plantear claramente al enfermo y su familia, la necesidad de su instalación para el caso específico, por parte del equipo actuante. Como puede apreciarse, las características de esta manera de actuar se encuentran muy alejadas de lo que podría constituir una “práctica clandestina”.

Seamos claros: la Medicina actual, para lograr la muerte digna de sus pacientes NO necesita recurrir a ninguna modalidad de eutanasia. En otras palabras, cualquier propuesta de muerte asistida deberá basarse, de manera legítima, en la percepción de necesidades no satisfechas de los pacientes pese a una adecuada paliación y no en la despenalización de supuestas prácticas eutanásicas clandestinas, ejercidas de forma colectiva por los médicos tratantes de los personas al final de sus vidas. Después de todo, **ha sido la aplicación sistemática de los principios éticos bajo una extensión lo más universalizable posible, durante los últimos 50 años y en procura de humanizar el ejercicio de la Medicina la que, en lo referente al final de la vida, ha permitido estructurar una práctica total y profundamente respetuosa de los Derechos Humanos del muriente.**

Por todo lo precedente, no oponerse a la muerte, en condiciones de dignidad del muriente no puede ser, en el plano humano, igual a provocar la muerte.

El final de la vida y la necesidad de un nuevo acuerdo humano

1. La muerte y el final de la vida humana representan, más allá de sus condicionantes biológicas, hechos culturales.
2. En este inicio de milenio, está emergiendo una visión de nuestra responsabilidad en el equilibrio planetario, que exige la búsqueda de un nuevo acuerdo social.
3. Para producir el cambio cultural requerido, se entiende que debemos educar a las personas en aprender a renunciar por voluntad propia en cuanto a demandar para sí de medidas extraordinarias, cuando la vida biológica se ha extendido más allá de la plenitud de la vida biográfica. Tal es la desafiante propuesta de futuro que, como un inquietante legado educativo y conceptual, nos ha dejado planteada Diego Gracia.¹⁰

Conclusiones primarias

1. El sistema de principios morales expuestos en esta presentación pretende constituirse en un resguardo de los valores éticos implicados en el fin de la vida humana.
2. Este sistema de principios (u otro equivalente) deberían articular cualquier proyecto normativo atinente a la muerte digna del ser humano, incluida cualquier propuesta de muerte asistida.

3. El debido cumplimiento de estos principios por parte de los profesionales médicos, le otorga a las personas la garantía del irrestricto respeto de sus Derechos Humanos en el fin de su vida.
4. *Porque la dignidad intrínseca del ser humano solo es tal si se halla debidamente respaldada por la plena vigencia de sus Derechos Humanos, siendo el médico un factor fundamental en su preservación.*

Bibliografía

1. Gómez Sancho, M. et al: *Atención Médica al Final de la Vida: conceptos y definiciones*. Gaceta Médica de Bilbao 2015; 112 (4): 216-218.
2. Simón Lorda, P et al: Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Revista Calidad Asistencial 2008; 23(6): 271-285.
3. Adela Cortina: *La ética de la sociedad civil*. Editorial Alauda/Anaya. Madrid; 1995.
4. The Hasting Center Report *The goals of medicine: Setting new priorities*. NY; 1996.
5. Juan Enrique Mezzich: *Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona*. Acta méd. Per. 2010; 27(2): 148-150.
6. Alberto Perales, Juan Mendoza, Rodolfo Armas y Oscar Cluzet: *Medicina Centrada en la Persona. Editorial*. Rev Peru Med Exp Salud Publica 33 (4) Oct-Dec 2016.
7. Diego Gracia: *Fundamentos de Bioética*. Triacastela; Madrid; 2007.
8. Tom Beauchamp and James Childress: *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 1979. (Traducción española: Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson; 1999.)
9. Pablo Simon e Inés María Barrio: *¿Quién decidirá por mí?* Triacstela. Madrid; 2004.
10. Diego Gracia: *Morir a tiempo: la eutanasia y sus alternativas*. ISSN 1130-3689, Número 152, 2005, pags. 10-19.

Contribución médico-legal sobre definiciones y conceptos del final de la vida.

Ac. Dr. Guido Berro Rovira *

El marco médico-legal actual

Me dispongo a presentarles el marco médico-legal actual primeramente realizando tres citas que me parecen nos sitúan en el tema propuesto.

“La lucha por la vida ha de tener unos límites racionales y humanos, más allá de los cuales se vulnera la dignidad de los seres humanos”

Diego Gracia Guillén

“Tenemos razones para limitar el esfuerzo terapéutico aumentando los medios paliativos para garantizar la dignidad de las condiciones de la muerte. No hay muerte digna sin calidad de vida”

Alain Garay

“Hago constar que temo menos al adelantamiento de mi hora final que a los sufrimientos inútiles y la degradación e indignidad de la persona...el transcurso hacia la muerte forma parte de lo más íntimo del ser humano...nadie puede expropiare lo que constituye la expresión máxima del Derecho a la intimidad...”

Miguel Ángel Núñez Paz

* Ex Médico Forense y Director de Dpto. de Medicina Forense del Poder Judicial. Profesor Ex Director de Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina. Universidad de la República (UDELAR). Profesor de Medicina Legal y de Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad-Centro Latinoamericano de Economía Humana (U-CLAEH). Profesor de Medicina Legal, de Introducción a la Bioética y de Ética y Deontología en la Universidad de la Empresa (UDE). Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Montevideo (UM). Miembro de la Comisión de Bioética del Colegio Médico del Uruguay. Ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Académico de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay (ANM). Asesor médico legista de la Comisión de Asesoramiento Bioético de FEMI

¿Cuál es el marco legal actual?

Me voy a referir a cuatro leyes que constituyen el marco médico-legal actual, destacamos:

- 1) Ley 9155, de 1934. Código Penal
- 2) Ley N° 18.335 del 2008 y su Decreto Reglamentario 274 del 2010 (PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES).
- 3) Ley N° 18.473 del 2009 (VOLUNTADES ANTICIPADAS Y SU DTO. REGLAMENTARIO 385/DE DICIEMBRE DE 2013).
- 4) Ley N° 19.286 del año 2014 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DEL CMU. Especialmente Artículos 46 y 48.

1. Del Código Penal:

Art. 37. (Del homicidio piadoso) Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.

Art. 46. Atenúan el delito cuando no hubieran sido especialmente contempladas por la ley al determinar la infracción, las siguientes:

....

Inc.10: (Móviles jurídicos altruistas o sociales).- El haber obrado por móviles de honor o por otros impulsos de particular valor social o moral.

Y **Art. 315**, ayuda o determinación al suicidio, que dice: “El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con 6 meses de prisión a seis años de penitenciaría, este máximo puede ser sobrepujado hasta doce años si se tratare de un menor de 18 años o de persona privada de discernimiento y voluntad por enfermedad mental, tóxicos, abuso de alcohol o drogas”

2. De la Ley 18335. Derechos de Pacientes:

El **Art. 17 de la Ley 18335** entre otras cosas se establece:

Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se **evite el dolor físico y emocional** de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.

Estar **acompañado** por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de **peligro o proximidad de la muerte**, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles .

Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir **en forma natural, en paz, sin dolor**, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (**eutanasia**) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (**futilidad terapéutica**)...

3. De la Ley 18.473, LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA, destacamos:

Objetivo: Evitar la obstinación terapéutica.

Dignidad. Calidad de vida y muerte.

Artículo 1º.- Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene **derecho a oponerse** a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos...

Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible.

No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los **cuidados paliativos** que correspondieren.

4. Código de Ética Médica CMU Ley 19286

Artículo 46.-**La eutanasia activa** entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, **es contraria a la ética de la profesión.**

Artículo 48.-En enfermos terminales, es obligación del médico continuar con la asistencia del paciente con la misma responsabilidad y dedicación, siendo el objetivo de su acción médica, **aliviar el sufrimiento físico y moral** del paciente, **ayudándolo a morir dignamente** acorde con sus propios valores. En etapas terminales de la enfermedad no es ético que el médico indique procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sean innecesarios y eventualmente perjudiciales para su calidad de vida.

Ahora bien, comentamos nosotros, que proponiéndonos lograr ese alivio al sufrimiento, es posible que tengamos que aumentar las dosis de fármacos o agregar otros y que, en definitiva, por el llamado “doble efecto” anticipemos el momento de morir. ¿Sería eutanasia en la concepción actual? No, no lo sería, aunque hace algunos años se le llamaba también lenitiva o activa indirecta. Vale recordar al respecto la opinión vertida hace ya varios años por del Dr. Armando Tommasino: “La inminencia fatal e ineluctable de la muerte no habilita jamás a suprimir intencionalmente la vida. Pero ello no se opone admitir una correcta terapéutica del dolor, aplicada al paciente para aliviarlo de terribles sufrimientos, aunque para lograrlo deba recurrirse a dosis arriesgadas y eventualmente letales”.

Además de la 4 leyes referidas creemos de gran trascendencia deontológica la siguiente Declaración de la Asociación Médica Mundial:

Declaración de la AMM sobre Eutanasia y Suicidio médicamente asistido: Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019, que:

Condena éticamente la eutanasia y el suicidio con ayuda médica

Respetar la autonomía, la ayuda espiritual y acompañamiento.

Reconoce las voluntades anticipadas

Procura de los cuidados paliativos y el alivio del sufrimiento.

Y que finalmente expresa:

La AMM insta enfáticamente a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a **no** participar en la **eutanasia**, incluso si está permitida por la legislación nacional o despenalizada bajo ciertas condiciones.

Dejamos estas reflexiones finales:

¿Es adecuado el marco normativo actual o amerita un cambio?

¿La eventual adecuación por dónde debería transcurrir?

¿Es ahora la oportunidad?

Seguro hay otras, pero dejo estas reflexiones dilemáticas planteadas. Tampoco desconocemos que la eutanasia y sus aspectos filosóficos, éticos y médico-legales son de una vastedad y profundidad casi insondables, como lo es el morir y la muerte. Pero ojalá podamos decir como lo hiciera el gran filósofo Bertrand Russell:

“En nuestra vida activa, en la que debemos decidir entre dos actos posibles, es imprescindible distinguir el bien del mal, o al menos lo mejor de lo peor”

Bibliografía

Berro G: Eutanasia. En: Medicina Legal, derecho médico y aspectos bioéticos. Edit. F.C.U. Cap.23: 407-414. Montevideo 2013.

Ley 9155, de 1934. Código Penal

Ley N° 18.335 del 2008 y su Decreto Reglamentario 274 del 2010 (pacientes y usuarios de los servicios de salud, se establecen sus derechos y obligaciones).

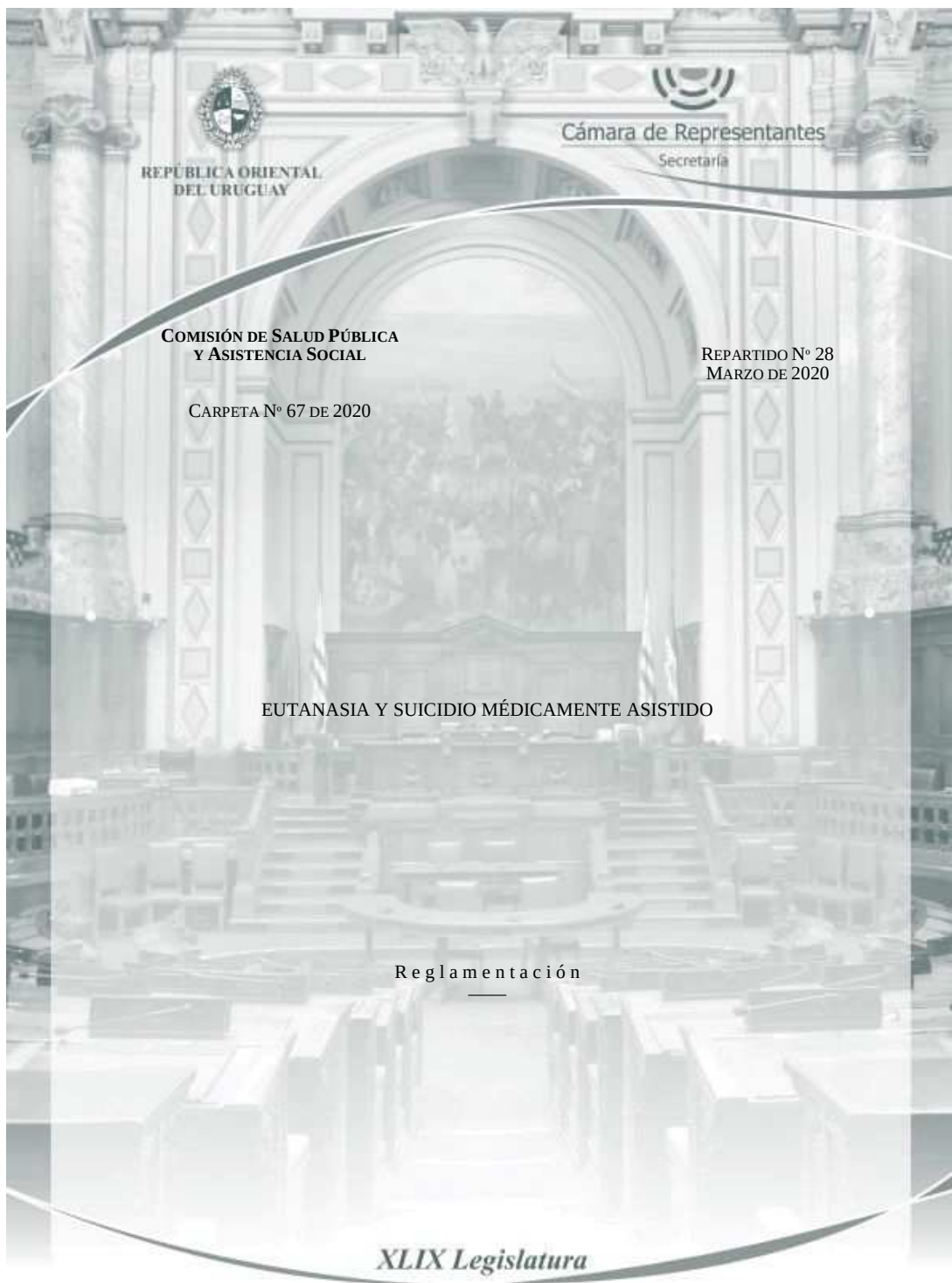
Ley N° 18.473 del 2009 (voluntades anticipadas y su dto. reglamentario 385/de diciembre de 2013).

Ley N° 19.286 del año 2014 código de ética médica del CMU. Especialmente Artículos 46 y 48.

Montano P: Eutanasia y Omisión de Asistencia. Edit. F. C. U. Montevideo 1994.

Núñez Paz M A: Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Edit. Tecnos. Madrid 1999.

Tommasino A: La muerte desde el punto de vista Jurídico-Penal. Rev. Psiqu. Urug. 49: 35-40, 1984.



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY

Cámara de Representantes
Secretaría

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

CARPETA N° 67 DE 2020

REPARTIDO N° 28
MARZO DE 2020

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Reglamentación

XLIX Legislatura

- 1 -

PROYECTO DE LEY

Artículo 1º.- Está exento de responsabilidad el médico que, actuando de conformidad con las disposiciones de la presente ley y a solicitud expresa de una persona mayor de edad, psíquicamente apta, enferma de una patología terminal, irreversible e incurable o afligida por sufrimientos insoportables, le da muerte o la ayuda a darse muerte.

Artículo 2º.- El médico cuya intervención se solicite y considere que el solicitante se encuentra en las condiciones indicadas en el artículo 1º de la presente ley, deberá recabar una segunda opinión al respecto, firmada por otro médico con quien no tenga vinculación familiar ni contractual alguna, ni se encuentre subordinado a él de ninguna manera.

El médico que haya de aportar la segunda opinión examinará personalmente al sufriente. Su diagnóstico hará precisa referencia a los estudios, análisis, etc., que lo fundamenten, y en él se hará constar que se expide a los efectos previstos en esta ley.

Artículo 3º.- El médico cuya intervención se solicite dialogará con el solicitante para cerciorarse de que conoce y comprende su situación y de que la voluntad de poner fin a su vida que manifiesta es libre, seria y firme. El médico le informará acerca de los tratamientos terapéuticos o paliativos disponibles y sus probables efectos; todo ello de manera veraz, completa y comprensible para la persona que reciba la información.

Por lo menos quince días después de la primera entrevista deberá realizarse una segunda, para establecer si se mantiene la voluntad ya expresada.

El médico dejará constancia escrita de la realización de cada una de las entrevistas, anotando sus fechas y relacionando sucintamente el tenor de cada conversación. Si estuviere en condiciones de hacerlo, el solicitante de la intervención firmará las constancias; si así no fuere, otra persona, mayor de edad y que no sea dependiente del médico, firmará a su ruego.

Las constancias escritas podrán sustituirse por el registro audiovisual de las entrevistas.

Artículo 4º.- Transcurridos no menos de tres días desde la realización de la segunda de las dos entrevistas indicadas en el artículo 3º de la presente ley, la persona que persista en su voluntad de poner a fin a su vida lo declarará y hará constar por escrito ante dos testigos, de los cuales uno, por lo menos, no haya de recibir beneficio económico alguno a causa de la muerte del declarante.

Si el declarante no pudiere firmar, lo hará a su ruego uno de los testigos.

El médico no puede ser testigo; tampoco pueden serlo sus familiares, ni sus dependientes.

La declaración quedará en poder del médico.

Artículo 5º.- La voluntad del sufriente de poner fin a su vida es siempre revocable. La revocación no estará sujeta a formalidad alguna y determinará el cese inmediato y la cancelación definitiva de los procedimientos en curso.

Artículo 6º.- El médico que suministre a una persona los medios de quitarse la vida o le facilite el acceso a ellos, deberá asegurarse de que los use exclusivamente sobre sí misma y será responsable de las consecuencias que se produjeren si así no lo hiciere.

- 2 -

Artículo 7º.- Producido el fallecimiento, o una vez que se entere del hecho si no estaba presente cuando se produjo, el médico lo comunicará de inmediato a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, adjuntando los antecedentes que acrediten el cumplimiento de las etapas del procedimiento establecido por la presente ley.

Si la Comisión entendiere que hubo un apartamiento relevante del procedimiento legal, lo comunicará a la Fiscalía General de la Nación a los efectos que esta viere corresponder.

Montevideo, 11 de marzo de 2020

OPE PASQUET
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
FELIPE SCHIPANI
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
MARÍA EUGENIA ROSELLÓ
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
WALTER CERVINI
REPRESENTANTE POR CANELONES
LAURA BACCINO
REPRESENTANTE POR PAYSANDÚ

- 3 -

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El año pasado, en Uruguay, el señor Fernando Sureda, enfermo de ELA (esclerosis lateral amiotrófica) y ya en fase avanzada del mal, hizo oír públicamente su voz en reclamo de asistencia para morir, antes de pasar por todos los sufrimientos físicos y morales que traería consigo el avance de la enfermedad hasta su inexorable conclusión.

Su caso es como el de muchas personas que, en nuestro país y en el mundo entero, se encuentran por distintas causas en un estado tal que prefieren morir a seguir viviendo en la forma en la que lo están haciendo, pero necesitan ayuda, una ayuda que la ley considera delito, para poner fin a sus sufrimientos y morir con dignidad.

La situación de quienes por padecer una enfermedad incurable en fase terminal, o por experimentar sufrimientos que les resultan insoportables sin esperanza de alivio duradero, quieren poner fin a su vida, merece ser considerada y atendida sobre la base de la dignidad y la libertad de la persona (Constitución, artículos 7º y 72).

I.- Tendencias contemporáneas en materia de eutanasia y suicidio médicamente asistido

La cuestión de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido ha estado en el debate y ha venido siendo objeto de tratamiento legislativo desde fines del siglo pasado en varios Estados de los Estados Unidos de América, así como en Colombia, en Canadá, en Australia y en varios países de Europa Occidental.

El Estado de Oregón fue pionero en los Estados Unidos, con una ley de 1994 que fue ratificada en un referéndum celebrado en noviembre de 1997. La Ley de Oregón permite a los médicos recetar sustancias de efectos mortales a petición de pacientes con una enfermedad terminal y una expectativa de vida menor de seis meses. Otros estados de la Unión siguieron luego el mismo camino: Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), Colorado, California y Washington D.C. (2016), Hawai (2018), Nueva Jersey y Maine (2019); se han presentado propuestas legislativas, aún pendientes de consideración, en varios Estados más.

En Canadá, una ley del año 2016 autoriza a prestar ayuda médica para morir a quienes padezcan “problemas de salud graves e irremediables”. De acuerdo con esa ley, una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando, a la vez: a) tiene una enfermedad, dolencia o minusvalía seria e incurable; b) su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades; c) su enfermedad, dolencia o minusvalía o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que considera intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables; d) su muerte natural es el desarrollo razonablemente previsible, tomando en cuenta todas sus circunstancias médicas, aunque no se haya formulado un pronóstico sobre su esperanza de vida.

En Europa, el suicidio médicamente asistido fue permitido inicialmente en Suiza. La legislación suiza considera delito, hasta hoy, la eutanasia activa, es decir, la acción que causa la muerte de una persona por móviles de piedad. En cambio, desde los años cuarenta del siglo pasado la ley penal no considera delito la ayuda al suicidio por motivos no egoístas, es decir, por motivos ajenos al interés económico de quien presta la ayuda. Al amparo de esta legislación, desde los años ochenta actúan en Suiza organizaciones sin fines de lucro, como “Dignitas”, que facilitan la autoadministración de sustancias letales a

- 4 -

quienes lo solicitan, sean o no ciudadanos o residentes suizos. Por eso es que muchos ciudadanos de otros países viajan a Suiza para poner fin a sus vidas. Esta práctica, denominada "turismo suicida", generó resistencias que se tradujeron en la propuesta legislativa de prohibirla, en el cantón de Zurich; pero un referéndum celebrado allí en el año 2011 determinó el rechazo de la propuesta por un 78% de los votos. En el año 2014 hubo en Suiza 742 suicidios asistidos, que representaron el 1,2% de las muertes acaecidas en el país en ese año.

Holanda fue el primer país en el mundo que legalizó la eutanasia activa en el año 2002; en el mismo año Bélgica hizo lo propio, y en el 2009 Luxemburgo siguió el camino de sus vecinos. En el año 2016 hubo en Holanda 6.091 muertes por eutanasia, que representaron el 4% del total de muertes ocurridas ese año en ese país.

En Portugal, un proyecto de ley que despenaliza la eutanasia se encontraba próximo a su aprobación en febrero del corriente año. En España se presentaron diversos proyectos sobre eutanasia en la legislatura pasada, cuyo tratamiento no culminó debido a la disolución de las Cortes y el llamado a nuevas elecciones.

En Alemania, el Tribunal Constitucional declaró el pasado 26 de febrero la inconstitucionalidad de una ley que prohíbe el suicidio asistido con ayuda de empresas comerciales, argumentando que privaba a los pacientes de su derecho a determinar su propia muerte.

En el Estado australiano de Victoria, entró en vigor en 2019 una ley que autoriza el suicidio médicamente asistido cuando quienes soliciten la asistencia sean adultos que padezcan una enfermedad incurable, progresiva y avanzada, que pueda causarles la muerte en los próximos seis meses. También recibirán asistencia quienes sufran enfermedades neurodegenerativas con una esperanza de vida de doce meses.

En Colombia, la Corte Constitucional proclamó ya en 1997 el derecho de las personas a morir con dignidad y ha instado reiteradamente al Congreso a legislar en ese sentido. Al amparo de la sentencia de la Corte Constitucional el gobierno dictó en el año 2015 una reglamentación que establece el procedimiento para la aplicación de la eutanasia a personas adultas. En el año 2018, se reglamentó asimismo la aplicación de la eutanasia a menores de edad, con la participación de sus padres en los procedimientos.

II.- La eutanasia ("homicidio piadoso") y la ayuda al suicidio en Uruguay

En el capítulo titulado "De las causas de impunidad", y bajo el epígrafe "Del homicidio piadoso", el artículo 37 del Código Penal uruguayo dispone:

"Los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima".

Esta es, en el derecho vigente en nuestro país, la regulación de la eutanasia: constituye delito, pero si se reúnen las circunstancias que la ley indica, el juez puede, discrecionalmente, exonerar de castigo a quien lo haya cometido.

En lo que respecta a lo que en el mundo se llama "suicidio médicamente asistido", la norma pertinente es la contenida en el artículo 315 del Código Penal, bajo el epígrafe de "Determinación o ayuda al suicidio":

"El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría.

- 5 -

Este máximo puede ser sobrepujado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de dieciocho años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad deprimidas por enfermedad mental o por el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes”.

En este caso no importan las circunstancias, ni los móviles del agente, ni las "súplicas reiteradas de la víctima": la ayuda al suicidio siempre constituye delito y los jueces no tienen la facultad de exonerar de castigo a quien lo cometa.

Las transcritas disposiciones del Código Penal de 1934, que reproducían en líneas generales las regulaciones entonces vigentes en los Estados europeos que servían de referencia a nuestro país en materia jurídica, ya no se corresponden -a nuestro juicio- con las pautas culturales imperantes hoy en nuestra sociedad, ni con los cambios legislativos y jurisprudenciales que, como surge de los datos contenidos en el primer apartado de esta exposición de motivos, se están produciendo en varios países del mundo.

Toda persona adulta es dueña de su propia vida y debe poder disponer de ella, mientras no haga daño a otros. Este criterio radicalmente liberal impregna nuestras leyes, que no castigan la tentativa de suicidio. Si alguien está sufriendo tanto como para preferir la muerte a seguir sufriendo, nadie tiene derecho a atarlo a su sufrimiento e impedirle liberarse de él. La libertad de la persona, atributo inseparable de la dignidad inherente a su condición de tal, comprende el derecho a determinar el fin de la propia vida.

La realidad muestra que hay situaciones en las que quien quiere consciente y deliberadamente dejar de vivir para dejar de sufrir, necesita ayuda para hacerlo, sea porque le resulta físicamente imposible suicidarse, sea porque no quiere emplear métodos violentos para hacerlo y no tiene acceso a otros, sea porque quiere que la ayuda médica le dé la absoluta certeza de lograr el fin perseguido, sea por cualquier otra razón de similar naturaleza.

La respuesta mínima que el Estado debe dar a estos casos de dolor y angustia consiste en no castigar a los médicos que libremente acepten ayudar a quienes, en las circunstancias y con arreglo a los procedimientos que la ley determina, les piden asistencia para dejar de vivir.

El proyecto de ley que sometemos a la consideración de la Cámara no impone al Estado, ni a los médicos, ni a nadie, el deber de practicar la eutanasia activa ni el de asistir al suicidio de quien lo solicite, en ninguna circunstancia.

Lo que el proyecto hace es declarar que no comete delito el médico que practica la eutanasia activa, ni el que ayuda a otro a suicidarse, si cumple con las disposiciones de la ley.

Es un secreto a voces que tanto la eutanasia activa como el suicidio médicamente asistido han existido siempre y existen hoy en el Uruguay. Son hechos que ocurren clandestinamente y en penumbras, y que exponen a los profesionales de la salud que participan en ellos a la eventualidad de la sanción penal. Que esta eventualidad sólo rarísimamente se concreta es también un hecho notorio, que contribuye a poner de manifiesto el distanciamiento que se ha producido entre la ley y los valores vigentes en la sociedad en la que la ley ha de aplicarse.

Es tiempo de que la sociedad asuma colectivamente, a través de la ley, la responsabilidad por la forma en que trata a los enfermos terminales o a quienes están agobiados por sufrimientos insoportables. Eso es lo que proponemos: regular por ley cuándo y cómo son admisibles la eutanasia activa y el suicidio médicamente asistido,

- 6 -

estableciendo procedimientos y controles que den garantías a los sufrientes, a sus familiares y a los médicos dispuestos a ayudarlos.

III.- El proyecto de ley

1.- El artículo 1º del proyecto establece, como causa de justificación de la conducta del médico que da muerte a otra persona o la ayuda a darse muerte, el que esa persona, mayor de edad y “psíquicamente apta” (giro empleado por el artículo primero de la Ley Nº 18.473, de Voluntad Anticipada), cuya libre voluntad es el motor de todo el procedimiento, esté afectada por una enfermedad terminal e incurable o padezca sufrimientos insoportables y el médico actúe de conformidad con las disposiciones de la ley.

No se trata pues de una exoneración de pena, lo que supondría que el delito existe, aunque no se castigue. La causa de justificación elimina la antijuridicidad de la conducta, que deja de constituir delito. Otras causas de justificación bien conocidas son la legítima defensa (artículo 26 del Código Penal), el estado de necesidad (artículo 27) y el cumplimiento de la ley (artículo 28). Lo que el proyecto propone es incorporar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, cuando se ejecutan de acuerdo con las disposiciones de la ley, al elenco de causas de justificación admitidas por nuestro derecho positivo.

2.- No se propone la derogación de los artículos 37 (homicidio piadoso) y 315 (determinación o ayuda al suicidio) del Código Penal.

Ambos deben permanecer vigentes, como normas generales, para aplicarse a los supuestos de hecho que no se ajusten a las especiales disposiciones del proyecto de ley de que se trata.

3.- El artículo 2º del proyecto exige que otro médico, que no sea aquél cuya intervención se solicita, examine personalmente al sufriente y de su opinión fundada (con la referencia precisa al resultado de los exámenes pertinentes) sobre su estado de salud, confirmando -si correspondiere- la gravedad incurable de su enfermedad o sus sufrimientos.

Esta segunda opinión, que se requiere que no esté afectada por vínculo alguno que pueda menoscabar la independencia de quien la emite respecto del médico interviniente, respalda la actuación de este último y al mismo tiempo aporta al sufriente y a sus familiares la certeza de que la situación de aquél encaja en las previsiones del artículo 1º de este proyecto de ley.

El inciso final de este artículo requiere que en este segundo diagnóstico se haga constar que se expide a los efectos previstos por este proyecto de ley, de manera que quien lo firme tenga clara conciencia de la importancia de su dictamen.

4.- El artículo 3º exige que el médico actuante dialogue extensa y reiteradamente con el sufriente, ante todo para asegurarse de que conoce la evolución probable de su estado de salud y lo que puede esperar de los tratamientos terapéuticos o paliativos que se le brinden, y en definitiva para cerciorarse de que su voluntad de poner fin a su vida es, como dice el proyecto, libre, seria y firme. Libre, porque toda presión la viciaría irremediablemente; seria, en el sentido de que no debe tener otra finalidad que la declarada, excluyéndose así el propósito de llamar la atención, manifestar ira o desprecio ante el olvido o el destrato de familiares o amigos, o cualquier otro motivo análogo; y firme, porque el carácter irreparable del acto a realizar exige que todas las dudas o vacilaciones se hayan despejado antes de su comisión.

- 7 -

Se exige que las entrevistas de médico y sufriente sean por lo menos dos, separadas entre ellas por no menos de quince días. La reiteración es necesaria para que el médico tenga la certeza de que la voluntad del sufriente tiene las características aludidas en el párrafo precedente. El plazo de quince días es tan arbitrario como cualquier otro; de lo que se trata es de imponer una pausa en los procedimientos, para dar tiempo a la reflexión profunda que la decisión a tomar requiere.

El médico debe registrar el contenido de sus conversaciones, sea por escrito, mediante acta resumida, sea mediante grabaciones audiovisuales. Esos registros serán la prueba de que se cumplió con lo dispuesto por el artículo en consideración.

5.- El artículo 4º regula la declaración de voluntad final del sufriente. En cuanto a la oportunidad, se establece que deberá ser posterior a la segunda entrevista con el médico y se exige que hayan transcurrido por lo menos tres días desde dicha entrevista. Lo que se busca es que el sufriente tenga tiempo de reflexionar, tomando en consideración los elementos de juicio que le haya aportado el médico en sus conversaciones.

En cuanto a la forma, se exige que la declaración se emita ante dos testigos, que se haga constar por escrito y que el declarante la firme, debiendo hacerlo a su ruego uno de los testigos si él no estuviere en condiciones físicas de firmar.

Los testigos deben ser absolutamente ajenos al procedimiento médico. Uno de ellos, por lo menos, ha de carecer de todo interés económico (vocación sucesoria, carácter de beneficiario de un contrato de seguro, etc.) en el fallecimiento del sufriente.

De esta manera se busca la certeza que la voluntad libre, seria y firme del sufriente de poner fin a su vida se mantiene íntegra en la etapa final del procedimiento.

El documento que contenga la declaración de voluntad final quedará en poder del médico, pues formará parte del legajo de antecedentes que este deberá remitir en su momento al Ministerio de Salud Pública.

6.- El artículo 5º establece que la declaración de voluntad final es siempre revocable, como no puede ser de otra manera. La revocación no queda sujeta a formalidad alguna y su consecuencia será el cese inmediato y la cancelación definitiva del procedimiento.

7.- El artículo 6º contempla la posibilidad de que el médico suministre al sufriente los medios para poner fin a su vida, sin estar presente en el momento en que aplique esos medios para alcanzar el fin indicado. En tal caso el médico deberá asegurarse de que el sufriente usará los medios letales exclusivamente sobre sí mismo; y si así no fuere, será penalmente responsable por lo que suceda, de acuerdo con las normas generales.

8.- El artículo 7º dispone que, producido el fallecimiento, el médico actuante en el procedimiento deberá comunicarlo a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, adjuntando los antecedentes que acrediten el cumplimiento de las etapas del procedimiento indicado en el proyecto.

El conocimiento de la autoridad pública es garantía indispensable para evitar desviaciones del curso prescrito por la ley.

En el caso de que la Comisión entienda que hubo apartamientos significativos, relevantes, del procedimiento legal, lo comunicará a la Fiscalía General de la Nación, por ser este el organismo competente para la investigación de hechos con apariencia delictiva. La Fiscalía procederá como lo entienda pertinente.

- 8 -

9.- No ignoramos que, según el artículo 46 de la Ley Nº 19.286, que contiene el Código de Ética Médica, “La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión”.

De acuerdo con disposiciones de la Ley Nº 18.591, que instituye el Colegio Médico del Uruguay, el Tribunal de Ética de dicho Colegio puede sancionar con la suspensión hasta por diez años en el ejercicio de la profesión, al médico que haya violado el Código de Ética.

Podría ocurrir, por lo tanto, de aprobarse el proyecto que presentamos a la consideración de la Cámara, que el médico cuya conducta resultara justificada desde la perspectiva del Derecho Penal, violara empero las normas del Código de Ética de su profesión, exponiéndose a sanciones de evidente gravedad.

Consideramos, obviamente, la posibilidad de incluir en el proyecto una propuesta de modificación del referido artículo 46 de la Ley Nº 19.286, pero finalmente la desechamos. El Código de Ética Médica es el producto de una elaboración colectiva del gremio médico, que aprobó en plebiscito lo que hoy es el texto de la ley citada. Entendemos que no corresponde, por ende, modificar ese Código sin la participación de quienes lo elaboraron y se rigen por sus disposiciones.

Esperamos, sí, que de convertirse en ley el proyecto que presentamos, el gremio médico se plantee la revisión del citado artículo 46.

Montevideo, 11 de marzo de 2020

OPE PASQUET
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
FELIPE SCHIPANI
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
MARÍA EUGENIA ROSELLÓ
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
WALTER CERVINI
REPRESENTANTE POR CANELONES
LAURA BACCINO
REPRESENTANTE POR PAYSANDÚ

≠

Sobre eutanasia y suicidio asistido

*Dr. Ope Pasquet Iribarne **

La cuestión es si somos libres para elegir cuándo y cómo vamos a terminar nuestra vida, o si hemos de seguir sufriendo, física o moralmente, hasta que factores externos a nuestra voluntad pongan fin a nuestro sufrimiento.

El pasado 11 de marzo varios legisladores colorados presentamos a la Cámara de Representantes un proyecto de ley referido a la eutanasia y el suicidio asistido.

En lo sustancial, el proyecto propone que deje de considerarse delito la conducta del médico que, a pedido expreso y reiterado de una persona mayor de edad y psicológicamente apta, que se encuentra en la etapa terminal de una enfermedad incurable e irreversible, o que padece sufrimientos que a ella le resultan insoportables, pone fin a la vida de esa persona o le facilita los medios para que ella misma lo haga, luego de cumplir con el procedimiento establecido en la ley.

Actualmente, son delito en el Uruguay tanto la eutanasia (llamada “homicidio piadoso” por el artículo 37 del Código Penal), como la ayuda al suicidio (configurada como delito por el artículo 315 de dicho Código).

La finalidad del proyecto es humanitaria: procura facilitar la prestación de ayuda médica para morir a quien se encuentra sufriendo de tal manera que prefiere la muerte a la continuación de su sufrimiento. Para lograr esa finalidad, el instrumento que propone el proyecto es una modificación de la ley penal vigente, en el sentido indicado en los párrafos precedentes. Si la eutanasia y la ayuda al suicidio dejan de considerarse delitos cuando se realizan en las condiciones y según el procedimiento previstos en la ley, los médicos podrán ayudar a morir a los adultos que lo pidan sin temor a que su conducta sea objeto de una investigación penal y, eventualmente, de una sanción de esa naturaleza. Las personas que sufren dispondrán así de una vía de salida a su sufrimiento, digna e incruenta. Los familiares y demás seres queridos de esas personas experimentarán también el alivio y el sosiego resultantes de saber que ellas disponen de esa posibilidad.

En la raíz del proyecto está la convicción de que una persona adulta y en su sano juicio tiene derecho a disponer de su propia vida. La sociedad prefiere que todos sus integrantes cuiden

Doctor en Derecho por la Universidad de la República (UDEAR) del Uruguay
Legislador, ex Senador y actual Diputado Nacional de la República Oriental de Uruguay

sus vidas y su salud, por obvias razones de interés general; de ahí que, aunque no se considere delito la conducta de quien atente contra su propia vida, sí se castigue a los terceros que de una manera u otra colaboren con esa conducta. Esto está bien como criterio general; no se puede admitir que se contribuya a la muerte de nadie por razones que no sean de la mayor gravedad. Por eso mismo, cuando las razones invocadas por quien pide ayuda para morir son de la mayor gravedad, no debe aplicarse ese criterio general.

Estimo que el propósito de evitar un sufrimiento físico o moral insoportable e incurable es razón que justifica tanto el pedir ayuda de terceros para morir, como la prestación de esa ayuda.

Pienso en la persona que se encuentra en las etapas finales de una enfermedad incurable e irreversible, que ha de causarle inexorablemente la muerte: entiendo que no quiera recorrer paso a paso todo el camino que tiene por delante, y que prefiera evitarse los padecimientos consiguientes (el dolor físico, la humillación de necesitar ayuda de otros para todo, la angustia ante la terminación de la vida, el dolor de los familiares, etc.) anticipando lo inevitable.

En otros casos puede no haber dolor físico, ni inminencia de la muerte, pero sí un sufrimiento moral insoportable. Pienso en el cuadripléjico, cuya perspectiva es la de permanecer absolutamente inmovilizado mientras viva, acaso años, acaso décadas. Hablaba de esto, hace unos días, con un médico que es también legislador. Él me decía que en un caso así no consideraría justificada la eutanasia; yo le decía que opino lo contrario. Nosotros dos posiblemente no consigamos ponernos de acuerdo, pero ¿no es razonable y justo que sea la persona que sufre la cuadriplejía la que decida si quiere seguir viviendo así, o no? Y si prefiere morir, ¿no es justo también que alguien pueda lícitamente ayudarla a ejecutar su voluntad, y a que ella no puede hacerlo por sus propios medios?

El proyecto de ley que presentamos responde afirmativamente a estas preguntas. Considera digna de respeto y amparo a la libertad de la persona enfrentada a situaciones límite como las indicadas, y por ello dispone que no se considere delito la acción de los médicos que hacen posible o facilitan el ejercicio de esa libertad, ayudando a morir dignamente a los que sufren.

¿Y si el médico no quiere prestar la ayuda que se le pide? El proyecto que presentamos no lo obliga a hacerlo; deja la decisión librada a su conciencia. Ni siquiera debe dar explicaciones. Si dice que no, el asunto terminará allí para él, y la persona que busca ayuda para morir tendrá que acudir a otro médico.

Todo el proyecto se basa pues en la libertad individual: la de la persona que elige poner fin a su vida, y la del médico que elige si ayudarla o no.

El texto propuesto a la Cámara de Representantes, y actualmente a estudio de su Comisión de Salud, establece requisitos, procedimientos y plazos. Todo eso es discutible y mejorable, obviamente, y los proponentes tenemos la mejor disposición para aceptar las correcciones y enmiendas que surjan del trabajo legislativo.

Pero antes de discutir acerca de lo instrumental, es preciso hacerlo acerca de lo esencial. La cuestión es si somos libres para elegir cuándo y cómo vamos a terminar nuestra vida, o si hemos de seguir sufriendo, física o moralmente, hasta que factores externos a nuestra voluntad pongan fin a nuestro sufrimiento.

Esta y no otra es la discusión de fondo.



- 1 -

PROYECTO DE LEY

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la asistencia de cuidados paliativos de todas las personas que padecen enfermedades que limitan y/o amenazan la vida, abarcando las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, y contribuyendo de esa forma al mejoramiento de su calidad de vida; y establecer los deberes de los profesionales de la salud y del sistema sanitario a este respecto.

Artículo 2º. (Derecho a la asistencia de Cuidados Paliativos).- Tendrán derecho a la asistencia de cuidados paliativos, todas las personas, adultos, adolescentes y niños desde la etapa prenatal, con enfermedades graves, progresivas y/o avanzadas, con escasa o nula respuesta a tratamientos específicos, que presenten múltiples síntomas severos, cambiantes en el tiempo que impactan en la autonomía y calidad de vida y vean limitado su pronóstico de vida.

Asimismo, tendrán derecho a la asistencia de cuidados paliativos, los familiares y/o cuidadores de las personas indicadas en el inciso anterior.

Artículo 3º. (Finalidades del proyecto).-

- A) Asegurar en todo el territorio nacional el acceso universal, equitativo y oportuno a la asistencia paliativa integral, brindada por un equipo interdisciplinario formado y calificado.
- B) Garantizar la continuidad de la atención en todos los ámbitos asistenciales y niveles de atención en niños, adolescentes y adultos (internación, domicilio, consultorio), respetando el principio de no abandono.
- C) Disminuir el sufrimiento de las personas, mediante un adecuado control del dolor y otros síntomas.
- D) Promover el bienestar de familiares y/o cuidadores, incluyendo la atención al duelo.
- E) Respetar el derecho a la información veraz y suficiente que habilite la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones.
- F) Promover el cuidado de los miembros de los equipos actuantes, a fin de lograr una mejor atención.

Artículo 4º. (Definiciones).- A los efectos de la presente ley, se entiende por:

Adecuación del Esfuerzo Terapéutico: es una actuación terapéutica que incluye añadir, modificar, no iniciar o retirar tratamientos de acuerdo a los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del enfermo informando al paciente y la familia. (Diccionario Médico Clínico Universidad de Navarra 2020).

Autonomía: es entendida como la capacidad de la persona de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones. Esto implica el derecho a la información y a tomar decisiones sobre su persona. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos/ SECPAL Problemas Éticos al Final de la Vida 2014).

- 2 -

Autonomía progresiva: supone que en la medida que la persona avanza en el desarrollo de sus capacidades de acuerdo a su edad, toma control sobre ámbitos competenciales de representación o sustitución delegados en sus padres o al Estado... (Manual para la Defensa Jurídica de los Derechos Humanos en la Infancia, UNICEF, Uruguay 2012).

Claudicación Familiar: la manifestación implícita o explícita, de la pérdida de capacidad de la familia y/o cuidador para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de un agotamiento o sobrecarga. (Gómez Sancho M., La atención a la Familia. Crisis de claudicación emocional de los familiares. En: Gómez Sancho M. ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán; 1999).

Consentimiento informado: es la manifestación de acuerdo, expresada por parte de un paciente o su representante, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua, para someterse a cualquier tipo de procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico, en los términos previstos por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, de Derechos y Deberes de los Usuarios de los Servicios de Salud (artículos 11 y 18) y su Decreto reglamentario. (Decreto N° 274/010).

Cuidados Paliativos: enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Duelo Complicado: es aquel en el que el proceso de adaptación a la muerte de un ser querido se detiene o se prolonga, con persistencia de síntomas tales como tristeza y soledad que pueden ser intensas a pesar del paso de meses o incluso años. (INECO Instituto de Neurología Cognitiva, Buenos Aires, Argentina, 2020).

Futilidad terapéutica: cualidad de una actuación médica que o bien es inútil para conseguir un objetivo beneficioso o bien lo consigue, pero a costa de molestias o sufrimientos desproporcionados para el paciente o a costa de serios inconvenientes económicos, familiares y sociales. Las acciones médicas fútiles no deben iniciarse. (Documentación sobre Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. Área de Salud de León. 2017).

Morir con dignidad: supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. Se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia del sufrimiento. También hay que tener en cuenta otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable. (Conceptos y Definiciones. Atención Médica al Final de la Vida. 2015. Organización Médica Colegial de España. Coordinador Marcos Gómez Sancho).

Obstinación terapéutica: consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente pasible de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica (Conceptos y Definiciones. Atención Médica al Final de la Vida. 2015. Organización Médica Colegial de España. Coordinador Marcos Gómez Sancho).

Planificación de decisiones anticipadas: es la capacidad de las personas en el curso de la enfermedad de definir objetivos y preferencias sobre tratamientos y atenciones

- 3 -

futuras, discutir las con los familiares y los profesionales responsables, registrar y revisar esas preferencias cuando lo estime conveniente. (Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: un consejo internacional apoyado por la European Association for Palliative Care, EAPC, Gómez Batiste Xavier, Med.Paliat.2019; 26(3): 236-249).

Principio de no abandono: es el principio ético que impide abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando esta decisión no se comparta. Incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar de diferentes formas al paciente durante su enfermedad. (Taboada P. Principios Éticos Relevantes en Medicina Paliativa).

Sedación Paliativa: es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. (Control de Síntomas. Cuidados Paliativos. Marcos Gómez Sancho, 2014 Adaptación Plan Nacional de Cuidados Paliativos).

Síntoma refractario: aquel que no pueda ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa. (Conceptos y Definiciones. Atención Médica al Final de la Vida. 2015. Organización Médica Colegial de España. Coordinador Marcos Gómez Sancho).

Sufrimiento: estado específico de estrés que ocurre cuando se percibe la destrucción inminente del individuo; y continúa hasta que la amenaza de desintegración ha pasado o hasta que la integridad de la persona puede ser restablecida de otra manera. (Cassell EJ.1982. La Naturaleza en el Sufrimiento y los objetivos en Medicina. England J Med; 106:639-645).

Voluntad anticipada: refiere a la facultad que tiene toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, de expresar anticipadamente, en forma voluntaria, consciente y libre, su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida de acuerdo a la Ley N° 18.243 de Voluntad Anticipada, 3 de abril de 2009.

CAPÍTULO II

DERECHO DE LOS PACIENTES Y SUS

FAMILIARES A LA ASISTENCIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Artículo 5°. (Derechos de los pacientes a información).- Toda persona tiene derecho a recibir:

- A) Asesoramiento por parte de los trabajadores de la salud sobre la atención de Cuidados Paliativos en forma oportuna y precoz, sin esperar a estar en situación de últimos días (etapa final de su enfermedad).
- B) Información veraz y oportuna, imprescindible para la toma de decisiones, expresión de sus directivas anticipadas, que eventualmente podría cambiarlas, constando su libertad, así como posibles rechazos de tratamientos.

- 4 -

- C) Asesoramiento para decidir el lugar de permanencia en sus últimos días de vida (internación, domicilio).

Artículo 6°. (Derechos de los pacientes a asistencia integral, precoz y continua).- Todos los pacientes a los que se refiere el artículo 2° de la presente ley, tendrán derecho a recibir:

- A) Atención integral (bio-psico-social-espiritual) por parte de profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos, de acuerdo con su problemática y nivel de complejidad.
- B) Atención Precoz y concomitante a los tratamientos específicos dirigidos a la enfermedad de base o sus complicaciones, los mismos no son excluyentes y pueden realizarse en forma conjunta con Cuidados Paliativos.
- C) Atención continua a lo largo del proceso de enfermedad, en todos los ámbitos asistenciales (domicilio, internación, consultorio).
- D) Tratamiento efectivo, calificado y continuo del dolor y otros síntomas que comprometan su calidad de vida.
- E) Tratamiento efectivo y calificado en la situación de agonía, siguiendo pautas específicas.
- F) Sedación paliativa que alivie el o los síntomas refractarios, siguiendo los protocolos vigentes.

Artículo 7°. (Derechos de los familiares y/o cuidadores de los pacientes).- Los familiares y/o cuidadores de los pacientes pasibles de asistencia paliativa tendrán derecho a que se les proporcione:

- A) Por parte de los profesionales de la salud, la información que el paciente autorice.
- B) Educación en los cuidados básicos del paciente y prevención de problemas.
- C) Contención emocional y acompañamiento en el proceso de enfermedad del paciente.
- D) Asistencia en el duelo por parte del equipo de cuidados paliativos y derivación a equipos de salud mental en caso de duelo complicado.
- E) Licencias laborales especiales para cuidar al paciente por el tiempo que se informe por el médico tratante que garantice la compañía y el cuidado del mismo.

CAPÍTULO III

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Artículo 8°. (Implementación de la asistencia paliativa).- La asistencia paliativa se organizará teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- A) Asistencia por niveles de complejidad de acuerdo con estándares establecidos. Pacientes de alta complejidad deberán ser asistidos por equipos interdisciplinarios con formación calificada y específica en cuidados paliativos; asimismo en la edad pediátrica se requiere equipos específicos.

- 5 -

- B) Dependiendo de su estado funcional y de su patología, los pacientes podrán ser asistidos en el consultorio, en cualquier área de internación o en su domicilio.
- C) Deberán crearse redes departamentales con equipos y profesionales de referencia en cuidados paliativos, y profesionales con formación básica o intermedia, quienes, trabajando coordinadamente, presten asistencia continua a pacientes y familiares en todo el país. En todos los casos, deberá promoverse la complementación entre prestadores, de forma tal de asegurar la eficiencia de la asistencia y una mejor cobertura territorial.
- D) Se deberán tomar como referencia las pautas nacionales en cuanto al control de síntomas.
- E) Implementar y respetar la planificación anticipada de los cuidados que puede incluir la expresión de la voluntad anticipada.

CAPÍTULO IV

DEBERES DE LOS PRESTADORES DE SALUD

Artículo 9°. (Deberes de las entidades prestadoras de salud).- Todas las entidades públicas y privadas prestadoras de salud del país deberán:

- A) Brindar asistencia paliativa a todos los usuarios de su institución que se encuentren comprendidos en los dispuesto por el artículo 2° de la presente ley, con la misma calidad, independientemente de su edad, sexo, raza, religión, nacionalidad, lugar de residencia, capacidades diferentes, condición social y económica o cualquier otro criterio injustificado y discriminatorio.
- B) Asegurar la difusión del derecho a los cuidados paliativos entre todos sus usuarios, y disponer de información sobre la atención paliativa, en todas sus oficinas de atención al usuario.
- C) Garantizar procedimientos de ingreso a la asistencia paliativa que sean sencillos y rápidos, asegurando la accesibilidad.
- D) Contar con profesionales especialistas que conformen equipos de Cuidados Paliativos, quienes coordinarán la asistencia de estos pacientes en cada institución, de acuerdo con su nivel de complejidad, trabajando en red y en forma coordinada con todos los demás profesionales y equipos necesarios para mejorar el bienestar del paciente, su familia y/o cuidador.
- E) La asistencia paliativa se deberá brindar en los distintos ámbitos de atención posibles: internación, ambulatorio, atención domiciliaria, reten telefónico permanente, y otros asegurando el seguimiento a lo largo del tiempo de los pacientes por parte de un equipo profesional calificado.
- F) El equipo interdisciplinario debe articular con los profesionales y equipos de referencia de pacientes en forma continua, asegurando la continuidad asistencial.
- G) Implementar medidas de prevención de la claudicación familiar y/o del cuidador.

- 6 -

- H) Brindar asistencia al duelo a familiares y/o cuidadores, luego del fallecimiento, asesorando a los mismos y derivando a equipos de salud mental si fuera necesario.

Artículo 10. (Recursos humanos).- Los prestadores de salud deberán:

- A) Conformar los equipos de Cuidados Paliativos específicos para niños y adultos con médicos, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería, licenciados en psicología y licenciados en trabajo social, especializados en cuidados paliativos. Asimismo, deberán contar con personal no técnico de apoyo, administrativo, chofer, etc. Su conformación dependerá del número de usuarios de la institución, y se regirá de acuerdo a lo que establezca el Poder Ejecutivo en la reglamentación de la presente ley. Los recursos humanos podrán ser propios, contratados o brindados por complementación entre diferentes instituciones.
- B) Asegurar la disponibilidad horaria para desarrollar el trabajo profesional en los distintos ámbitos, cumpliendo con la normativa vigente.
- C) Asegurar la formación de todos los trabajadores de la salud en los aspectos básicos desarrollados en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

Artículo 11. (Recursos materiales).- Las entidades públicas y privadas prestadoras de salud, deberán contar con los recursos materiales necesarios para prestar la atención de cuidados paliativos, de conformidad con lo que establezca el Poder Ejecutivo en la reglamentación de la presente ley.

CAPÍTULO V

DEBERES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Artículo 12. (Deberes de los profesionales de la salud).- Los profesionales de la salud deberán guiarse por el marco deontológico y ético de cada profesión. Asimismo, deberán:

- A) Mantener la confidencialidad.
- B) Garantizar en todo momento una relación empática con los pacientes, familiares y/o cuidadores.
- C) Valorar en forma integral la situación del paciente.
- D) Trabajar en conjunto con todos los profesionales y equipos que sea necesario para brindar mejor calidad de vida a los pacientes.
- E) Brindar información veraz, oportuna y adecuada.
- F) Respetar el proceso de Consentimiento Informado.

- 7 -

CAPÍTULO VI

DEBERES DE LAS INSTITUCIONES

FORMADORAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Artículo 13. (Deberes de las instituciones formadoras de los profesionales de la salud).- Las instituciones formadoras de médicos, auxiliares y licenciados en enfermería, psicólogos y trabajadores sociales deberán promover la formación a nivel de grado y posgrado sobre aspectos básicos de Cuidados Paliativos. Se deberá asegurar la formación profesional con nivel especialista en Cuidados Paliativos.

CAPÍTULO VII

FINAL DE VIDA

Artículo 14. (Asistencia en el proceso final de vida).- La asistencia en el proceso de final de vida debe garantizar:

- A) La conservación de la dignidad y respeto de la autonomía en el proceso de morir (Morir con dignidad).
- B) El respeto a la planificación de decisiones anticipadas, con comunicación asertiva, honesta y la oportunidad de discutir deseos.
- C) El reconocimiento precoz de la etapa de agonía y tratamiento efectivo de acuerdo con la normativa vigente. Esto implica la implementación de medidas individualizadas para disminuir el impacto negativo en la calidad de vida del paciente y su núcleo de cuidado; evitando la futilidad terapéutica, la obstinación terapéutica y adecuando el esfuerzo terapéutico.
- D) El acceso a la sedación paliativa, cuando esté indicada ante síntomas refractarios que generen sufrimiento al paciente. En caso, que el mismo no haya sido consensuado previamente, se solicitará el consentimiento implícito, explícito o delegado. Se realizará seguimiento por un equipo especializado.
- E) El respeto por la opinión expresada con anterioridad por el paciente; y el respeto a su representante legal, en los casos en que el paciente se encuentre incapacitado para tomar decisiones.
- F) El derecho de los pacientes menores de edad a ser escuchados y a que se respete su autonomía progresiva, de conformidad con la normativa vigente. Cuando corresponda, se deberá tener en cuenta la opinión de los representantes legales de los menores.
- G) El estrecho control evolutivo por parte del equipo, de las necesidades del paciente, su familia y/o cuidador, privilegiando su intimidad, habilitando despedidas y apoyo al duelo posterior al fallecimiento.
- H) Al paciente que pida activamente adelantar la muerte, la posibilidad de acceder a Cuidados Paliativos por su enfoque integral, bio-psico-social y espiritual, primando el principio de no abandono y con el debido abordaje de la problemática, que podrá incluir la consulta al Comité de Bioética Asistencial dentro del marco normativo vigente.

- 8 -

Montevideo, 30 de julio de 2020

RODRIGO GOÑI REYES
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
SILVANA PÉREZ BONAVIDA
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
GERARDO AMARILLA
REPRESENTANTE POR RIVERA
ÁLVARO DASTUGUE
REPRESENTANTE POR CANELONES
MARTÍN MELAZZI
REPRESENTANTE POR SORIANO
PABLO VIANA
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
CARLOS TESTA
REPRESENTANTE POR CANELONES
NIBIA REISCH
REPRESENTANTE POR COLONIA
RODRIGO ALBERNAZ PEREIRA
REPRESENTANTE POR SALTO
ELSA CAPILLERA
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
FELIPE SCHIPANI
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
OPE PASQUET
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
JORGE ALVEAR GONZÁLEZ
REPRESENTANTE POR CANELONES
MARÍA EUGENIA ROSELLÓ
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
DANIEL PEÑA
REPRESENTANTE POR CANELONES
LUCÍA ETCHEVERRY LIMA
REPRESENTANTE POR CANELONES
WALTER CERVINI
REPRESENTANTE POR CANELONES
CRISTINA LÚSTEMBERG
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En Uruguay mueren por año más de 30.000 personas, la mayoría como consecuencia de enfermedades no transmisibles (cardíacas, oncológicas, respiratorias, renales, neurológicas, congénitas, etc.) Todas estas personas transitan un proceso de enfermedad de meses o años, con múltiples problemas médicos, donde el dolor tiene un lugar destacado, presentando además problemas psicológicos, sociales y espirituales que impactan en su calidad de vida, en sus familias y en el sistema sanitario.

Su atención, con frecuencia se limita a llamados puntuales a unidades de emergencia móvil, control inadecuado del dolor, internaciones frecuentes y tratamientos fútiles. La mayoría de las veces, sin contar con profesionales o equipos que guíen en forma ordenada la atención y contemplen todos los aspectos de la persona. Estos pacientes y sus familias necesitan atención integral por parte de equipos interdisciplinarios que los atiendan en distintos ámbitos (domicilio, internación y consultorio) hasta el último de sus días, respetando su autonomía, garantizando la confidencialidad, evitando la obstinación terapéutica, dándoles participación en la toma de decisiones y cuidando también a la familia a fin de evitar duelos complicados.

Por otro lado, Uruguay tiene un lugar destacado en el mundo por las cifras bajas de mortalidad infantil y como consecuencia no deseada de esta disminución, un número significativo de niños viven con secuelas. Se requiere para dicha población una atención integral, que incluye al niño y a su entorno familiar, atención médica continua y de enfermería especializada a su situación, así como psicológica, social y espiritual, para disminuir el impacto negativo en la calidad de vida, que les permita insertarse en la sociedad.

La respuesta a estas situaciones sanitarias en las distintas etapas de la vida la dan los Cuidados Paliativos, definidos por la Organización Mundial de la Salud como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (OMS, 2002).

Uruguay, desde hace años, ha tratado de forma directa o indirecta el tema de los Cuidados Paliativos:

- Desde 1934 la Constitución de la República Oriental del Uruguay protege el derecho a la salud. La Constitución vigente recoge en el artículo 44 estos conceptos.

- Los cuidados paliativos son considerados un derecho humano, comprendido dentro del derecho a la salud, reconocido por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud desde 1990.

- En 2008 se incluye formalmente a los Cuidados Paliativos en el proceso de atención en salud consignado en las Leyes NC 18.211(Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, artículo 4 literal B y artículo 45 literal C) y NC 18.335 (Derechos y Deberes de los Usuarios de los servicios de salud, artículos 6,7 y 10) e integran el Anexo II del Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (PIAS), aprobado por Decreto N°465/008 (Capítulo 1 Modalidades de Atención). La descripción de la prestación en el PIAS es genérica y no especifica los requisitos de los servicios de

- 10 -

cuidados paliativos para asegurar la calidad de los mismos ni la equidad en todo el territorio nacional.

- En 2009 se aprueba la Ley N° 18.473 (Ley de Voluntad Anticipada). La misma garantiza el derecho de la persona a ejercer la autonomía en cuanto a procesos y procedimientos de la atención médica al final de su vida.

- En diciembre de 2013 el Ministerio de Salud Pública implementa el Plan Nacional de cuidados paliativos, para asegurar su desarrollo, consignado en la Ordenanza N° 957/013 (Creación del Área Programática de Cuidados Paliativos).

- En el año 2014 se aprueba el código de ética médica plebiscitado en 2012 a nivel nacional por el colectivo médico y se sanciona como Ley N° 19.286. Dicha Ley, constituye el marco ético que regula la actuación profesional contemplando la relación médico paciente desde el inicio al final de la vida, respeta el valor de la dignidad de la vida, así como de principios éticos de no dañar, hacer el bien, el ejercicio de la autonomía y la justicia.

- En 2015 los cuidados paliativos se integran a los Objetivos Sanitarios Nacionales, dentro del Objetivo estratégico 3 “mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida”.

- En 2016, a través de la Ley N° 19.430 se ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores. En la misma se realizan diversos aportes relacionados con los cuidados paliativos y la dignidad en la muerte, a fin de promover la igualdad y no discriminación de los adultos mayores.

- En 2019 se aprueba la Ordenanza N° 1.695/019 del Ministerio de Salud Pública “Lineamientos para la implementación y desarrollo de Cuidados Paliativos en Uruguay”, válida para todo el territorio nacional.

Si bien la situación de Uruguay ha mejorado, este logro es insuficiente:

- El 41% de los uruguayos no recibe los cuidados paliativos con los que poder lograr una mejor calidad de vida y evitar duelos complicados en sus familiares.

- La asistencia paliativa es muy heterogénea en los distintos Departamentos, siendo en algunos muy baja o nula la cobertura.

- Sólo el 32% de los prestadores de salud brinda cuidados paliativos pediátricos.

- Solamente en 9 de los 19 Departamentos existen equipos de cuidados paliativos pediátricos, por ende, la mayoría de los niños que los necesitan no acceden a los mismos.

- Los equipos formados no cuentan con todos los profesionales que necesitan (médico, enfermero, psicólogo y trabajador social). (Anexo I de Desarrollo de Cuidados Paliativos en Uruguay Resultado de la Encuesta Nacional de Prestadores de Salud 2019)

- Sólo el 27% de los profesionales tienen cargo exclusivo para cuidados paliativos; la mayoría son prestadores de Montevideo. El 73% restante de los profesionales, dedican horas de su tiempo en forma no remunerada, para lograr la atención adecuada a los pacientes y sus familiares. (Desarrollo de Cuidados Paliativos en Uruguay Resultado de la Encuesta Nacional de Prestadores de Salud 2019)

A pesar de todo lo descripto, los cuidados paliativos no son universales en Uruguay, no respetándose la equidad y accesibilidad en todo el territorio nacional.

- 11 -

Para revertir dicha situación se requiere desarrollar un sistema de atención continua por parte de equipos calificados, con formación específica y suficiente carga horaria de trabajo. Así se podrá brindar la asistencia a todos los pacientes que lo necesiten, independientemente de la edad o del lugar donde vivan, allí donde se encuentren (internación, domicilio, consultorio). Estos equipos controlan sus problemas, muchas veces complejos, tomando decisiones conjuntas que respetan la autonomía y voluntad del paciente, disminuyendo la obstinación y futilidad terapéutica y adecuando los recursos de los prestadores de salud. Esta atención incluye a la familia, a quien se educa en los cuidados, se le brinda contención emocional y seguimiento del duelo.

Los cuidados paliativos “se centran en el equilibrio apropiado entre luchar por la vida pero aceptando que la muerte es inevitable en el contexto de una enfermedad incurable; a promover la identificación del sufrimiento en sus dimensiones (físico, emocional, mental y espiritual) y su alivio, sin necesidad de indicar tratamientos fútiles ni de prolongar artificialmente la agonía, a sostener las demandas que presentan las personas con enfermedades limitantes de la vida y la de su entorno familiar, constituyendo ambos la unidad de tratamiento...” (De Simone G., Cuidados Paliativos diccionario latinoamericano de bioética 2008 editado por UNESCO y Universidad de Colombia pág. 88)

La Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos, solicita a los señores Legisladores que tengan a bien considerar el proyecto de ley que se remite, a los efectos de garantizar el derecho universal a los Cuidados Paliativos, como forma de mejorar la calidad de vida y alivio del sufrimiento a los pacientes y familias, humanizando la medicina y mejorando la calidad de atención en salud.

Montevideo, 30 de julio de 2020

RODRIGO GOÑI REYES
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
SILVANA PÉREZ BONAVITA
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
GERARDO AMARILLA
REPRESENTANTE POR RIVERA
ÁLVARO DASTUGUE
REPRESENTANTE POR CANELONES
MARTÍN MELAZZI
REPRESENTANTE POR SORIANO
PABLO VIANA
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
CARLOS TESTA
REPRESENTANTE POR CANELONES
NIBIA REISCH
REPRESENTANTE POR COLONIA
RODRIGO ALBERNAZ PEREIRA
REPRESENTANTE POR SALTO
ELSA CAPILLERA
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
FELIPE SCHIPANI
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO

- 12 -

OPE PASQUET
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
JORGE ALVEAR GONZÁLEZ
REPRESENTANTE POR CANELONES
MARÍA EUGENIA ROSELLÓ
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO
DANIEL PEÑA
REPRESENTANTE POR CANELONES
LUCÍA ETCHEVERRY LIMA
REPRESENTANTE POR CANELONES
WALTER CERVINI
REPRESENTANTE POR CANELONES
CRISTINA LÚSTEMBERG
REPRESENTANTE POR MONTEVIDEO

≠

Proyecto de ley sobre cuidados paliativos

*Dra. Adriana Della Valle **

Esta es la presentación del Proyecto de Ley de Cuidados Paliativos, creado por la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos. Nos enfocaremos en sus objetivos básicos, quienes son pasibles de estos cuidados y cómo se implementaría el acceso en nuestro sistema de salud a todo el que lo necesita.

Los cuidados paliativos son un derecho humano más y ése derecho hoy en Uruguay está vulnerado. Porque la libertad también es no tener que optar por la eutanasia gracias al acceso universal y garantizado a cuidados paliativos.

Los pacientes que llegan a cuidados paliativos no piden morir, lo que piden es parar de sufrir.

Proyecto de Ley Cuidados Paliativos

Derechos y Garantías a la asistencia integral y continua a personas con enfermedades que limitan y/o amenazan la vida

Tiene por objeto garantizar el derecho a la asistencia de Cuidados Paliativos de todas las personas que padecen enfermedades que limitan y/o amenazan la vida, abarcando las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, y contribuyendo de esa forma al mejoramiento de su calidad de vida; y establecer los deberes de los profesionales de la salud y del sistema sanitario a este respecto.

¿Quiénes tienen derecho a la asistencia de Cuidados Paliativos?

Tendrán derecho a la asistencia de Cuidados Paliativos, todas las personas, adultos, adolescentes y niños desde la etapa prenatal, con enfermedades graves, progresivas y/o avanzadas, con escasa o nula respuesta a tratamientos específicos, que presenten múltiples síntomas severos, cambiantes en el tiempo, que impactan en la autonomía y calidad de vida y vean limitado su pronóstico de vida.

* Oncóloga Médica. Especialista en Cuidados Paliativos y Oncogenética. Ex Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos. Coordinadora del Programa Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública del Uruguay

Toda persona tiene derecho a recibir:

- a) Asesoramiento por parte de los trabajadores de la salud sobre la atención de Cuidados Paliativos en forma oportuna y precoz, sin esperar a estar en situación de últimos días.
- b) Información veraz y oportuna, imprescindible para la toma de decisiones, expresión de sus directivas anticipadas, que eventualmente podría cambiarlas, constanding su libertad, así como posibles rechazos de tratamientos.
- c) Asesoramiento para decidir el lugar de permanencia en sus últimos días de vida (internación, domicilio).

Derechos de los pacientes a asistencia integral, precoz y continua.

- a) Atención integral (bio-psico-social-espiritual) por parte de profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos, de acuerdo con su problemática y nivel de complejidad.
- b) Atención precoz y concomitante a los tratamientos específicos dirigidos a la enfermedad de base o sus complicaciones, los mismos no son excluyentes y pueden realizarse en forma conjunta con Cuidados Paliativos.
- c) Atención continua a lo largo del proceso de enfermedad, en todos los ámbitos asistenciales (domicilio, internación, consultorio).
- d) Tratamiento efectivo, calificado y continuo del dolor y otros síntomas que comprometan su calidad de vida.
- e) Tratamiento efectivo y calificado en la situación de agonía, siguiendo pautas específicas.
- f) Sedación paliativa que alivie el o los síntomas refractarios, siguiendo los protocolos vigentes.

Los familiares y/o cuidadores de los pacientes pasibles de asistencia paliativa tendrán derecho a que se les proporcione:

- a) Por parte de los profesionales de la salud, la información que el paciente autorice.
- b) Educación en los cuidados básicos del paciente y prevención de problemas.
- c) Contención emocional y acompañamiento en el proceso de enfermedad del paciente.
- d) Asistencia en el duelo por parte del equipo de Cuidados Paliativos y derivación a equipos de salud mental en caso de duelo complicado.
- e) Licencias laborales especiales para cuidar al paciente por el tiempo que se informe por el médico tratante que garantice la compañía y el cuidado del mismo.

La asistencia paliativa se organizará teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- a) Asistencia por niveles de complejidad de acuerdo con estándares establecidos.
Pacientes de alta complejidad deberán ser asistidos por equipos interdisciplinarios con

formación calificada y específica en Cuidados Paliativos; asimismo en la edad pediátrica se requiere de equipos específicos.

- b) Dependiendo de su estado funcional y de su patología, los pacientes podrán ser asistidos en el consultorio, en cualquier área de internación o en su domicilio.
- c) Deberán crearse redes departamentales con equipos y profesionales de referencia en Cuidados Paliativos, y profesionales con formación básica o intermedia, quienes, trabajando coordinadamente, presten asistencia continua a pacientes y familiares en todo el país. En todos los casos, deberá promoverse la complementación entre prestadores, de forma tal de asegurar la eficiencia de la asistencia y una mejor cobertura territorial.
- d) Se deberán tomar como referencia las pautas nacionales en cuanto al control de síntomas.
- e) Implementar y respetar la Planificación anticipada de los cuidados que puede incluir la expresión de la Voluntad Anticipada.

¿Cuáles serán los deberes de las Instituciones formadoras de los profesionales de la salud?

Las instituciones formadoras de médicos, auxiliares y licenciados en enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, deberán promover la formación a nivel de grado y posgrado sobre aspectos básicos de Cuidados Paliativos.

Se deberá asegurar la formación profesional con nivel de especialista en Cuidados Paliativos.

¿Qué debe garantizar la asistencia en el proceso de final de vida?

- a) La conservación de la dignidad y respeto de la autonomía en el proceso de morir.
- b) El respeto a la planificación de decisiones anticipadas, con comunicación asertiva y honesta y la oportunidad de discutir deseos.
- c) El reconocimiento precoz de la etapa de agonía y tratamiento efectivo de acuerdo con la normativa vigente. Esto implica la implementación de medidas individualizadas para disminuir el impacto negativo en la calidad de vida del paciente y su núcleo de cuidado; evitando la futilidad terapéutica, la obstinación terapéutica y adecuando el esfuerzo terapéutico.
- d) El acceso a la sedación paliativa, cuando esté indicada ante síntomas refractarios que generen sufrimiento al paciente. En caso que el mismo no haya sido consensuado previamente, se solicitará el consentimiento implícito, explícito o delegado. Se realizará seguimiento por un equipo especializado.

El respeto por la opinión expresada con anterioridad por el paciente; y el respeto a su representante legal, en los casos en que el paciente se encuentre incapacitado para tomar decisiones.

El derecho de los pacientes menores de edad a ser escuchados y a que se respete su autonomía progresiva, de conformidad con la normativa vigente.

Cuando corresponda, se deberá tener en cuenta la opinión de los representantes legales de los menores.

El estrecho control evolutivo por parte del equipo, de las necesidades del paciente y su familia y/o cuidador, privilegiando su intimidad, habilitando despedidas y apoyo al duelo posterior al fallecimiento.

Al paciente que pida activamente adelantar la muerte, la posibilidad de acceder a Cuidados Paliativos por su enfoque integral, bio-psico-social y espiritual, primando el principio de no abandono y con el debido abordaje de la problemática, que podrá incluir la consulta al Comité de Bioética Asistencial dentro del marco normativo vigente.

Muerte digna: sus fundamentos éticos, médico-legales y normativos.

Una visión médica desde la asistencia.

*Ac. Dr. Mario Varangot **

Se trata de reflexiones, producto de vivencias personales y de numerosos colegas consultados, todas ellas vinculadas a la asistencia del paciente con cáncer. Seguramente hay opiniones divergentes tanto en la oncología como en otras especialidades que enfrentan situaciones comparables. De hecho en el acierto o en el error, nada de lo que aquí exprese es desconocido por el equipo de la salud.

La oncología médica comparte con otras especialidades el seguimiento de enfermedades crónicas que pueden ser (no siempre) la causa del final de la vida de una persona.

Es necesario expresar que terminal, incurable e irreversible no son términos que representen necesariamente la cercanía del final de la vida y sí un sistemático sufrimiento. Por tanto, precisar los términos entre médicos es relevante y de cada uno con el mismo paciente también, de manera de homogeneizar las opiniones de la verdad médica. Lo contrario alentará dudas e incertidumbre del paciente para los próximos tiempos.

Son ejemplos una carcinomatosis ósea de un cáncer de próstata o de mama que aun con enfermedad irreversible e incurable pueden vivir muchos años sin sufrimiento físico.

Como siempre, estará acorde a las circunstancias vinculadas al momento de la enfermedad y al impacto espiritual de la misma. Sin duda se trata de una percepción y un enfoque personal del paciente y como tal heterogéneo.

El oncólogo o mejor dicho los diferentes integrantes del equipo oncológico que acompañan a sus pacientes desde el diagnóstico ya sea en forma secuencial o simultánea, incluyen en las entrevistas, la pertinencia y oportunidad de los estudios correspondientes, así como también los objetivos, resultados y potenciales efectos colaterales de los tratamientos posibles.

Vale mencionar que es menos frecuente que los pacientes pregunten sobre el pronóstico y particularmente sobre el pronóstico individual (algo habitualmente difícil de precisar en las primeras etapas de la enfermedad).

* Prof. Agdo de Oncología Clínica de la Facultad de Medicina del Uruguay (UDELAR). Secretario General de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay (ANM). Ex Director del Instituto Nacional del Cáncer del Uruguay (INCA)

Gran parte de la evolución se ocupa en entrevistas por tratamientos o controles sin evidencias de recaída de la enfermedad, frecuentemente aceptándola, pero sin olvidar.

La recaída de la enfermedad y la ausencia de respuesta al tratamiento constituyen un momento que puede ser devastador. Desde el impacto inicial del “tengo cáncer” pero con opciones, pasamos a la sensación o percepción de incurable (aunque no lo sea). Esto es, nuevamente el deseo de ser tratados, el que podemos hacer y según las circunstancias valorar el balance costo beneficio en el cómo y cuánto voy a vivir y quizás considerar el bien morir a iniciativa y propuesta del paciente. Tanto en lo personal en la consulta o en ateneos con varios colegas de la especialidad (no solamente oncólogos médicos), rara vez nos hemos enfrentado al firme deseo de un paciente de terminar con su vida.

En lo personal 2 veces, ambas hace más de 20 años, en casi 40 en ejercicio de la profesión y en la mayoría de los colegas de nuestro país en una oportunidad o nunca.

¿En realidad, estamos tan cerca o a disposición de los pacientes como creemos?

El trabajo en equipo médico con cirujanos, oncólogos radioterapeutas, unidad de cuidados paliativos, médicos referentes, enfermería, psicólogos, entre otros, ¿diluye la intimidad necesaria para proponer tal deseo ?

Vale destacar por ejemplo al personal de enfermería que en varias etapas de la enfermedad comparten quizás más tiempo y profundidad de sus diálogos con nuestros pacientes en comparación con sus médicos. Aun así, tampoco el personal de enfermería es receptor con frecuencia de tal consideración.

Por otra parte y en el marco del equipo oncológico, la práctica e inserción precoz de las no tan nuevas modalidades como las unidades de cuidados paliativos, han realizado aportes significativos. Con un eficaz control del sufrimiento tan temido desde etapas tempranas de la enfermedad, constituyen la necesaria contención en la enfermedad avanzada.

Es oportuno mencionar y a nadie escapa el derecho de alivio que tienen las personas que sufren síntomas severos e incontrolables, lo que conlleva la obligación del médico a su tratamiento tal cual es concebido, conocido y practicado como sedación pasiva.

La relación que nos vincula con nuestros pacientes a través de múltiples y sucesivos momentos de decisión hasta las etapas finales constituye un largo camino. Si estamos a la altura y en un marco de fe mutua podremos contribuir y madurar juntos decisiones para lo cual fuimos formados, ayudar a la vida.

Finalmente, respecto a la eutanasia y llegado el caso.

- *¿Estamos preparados los médicos y el personal de enfermería para procesar semejante decisión ?*
- *Como manejar en el equipo médico tratante las opiniones divergentes. ¿El paciente elegirá a quien compartir su decisión ?*

- *¿Como procesar el día después y los que siguen (secuelas)?*
- *¿Son válidas otras opiniones de médicos que “asépticamente” por no haber participado en el seguimiento del paciente puedan considerar que las condiciones están dadas?*
- *¿Cuáles son las opciones o consecuencias médico-legales posteriores para todos los integrantes del equipo médico que asistió a una persona en tal circunstancia?*

Es cierto, estamos hablando de eutanasia y en pacientes oncológicos. Es seguro que en otras circunstancias y en otras especialidades existan opiniones que no coincidan con este personal enfoque por lo que y sin dudas serán escuchadas con la mayor atención.

Eutanasia.

Una visión crítica desde el derecho penal.

*Dr. Juan E. Fagúndez **

He tenido el honor de ser invitado por FEMI a través del Prof. Dr. Guido Berro, a pensar, en voz alta, este tema desde la visión del derecho penal.

Mi participación estuvo inserta en un panel con excelentes expositores.

I. El principio

Para comenzar, debo recordarles que el sistema normativo penal, se basa en el principio de legalidad, mediante el cual se requiere la previa existencia de una ley penal que prohíba una conducta, y que, ante la violación de esa prohibición, disponga la aplicación de una pena.

Así se plasman los delitos, o también llamados tipos penales; con un precepto: el que cometiére tal o cual conducta..., y una sanción: se le aplicará una pena de...

Este tipo penal, se construye alrededor de lo que llamamos “un bien jurídico”, seleccionado por el legislador, para ser protegido penalmente, por el interés general derivado de los preceptos Constitucionales, esto es, por ejemplo, la protección penal de la vida, de la libertad, de la propiedad, etc.

En relación al tema que nos convoca, la eutanasia es, hoy, una conducta prohibida. Está regulada, nada más, ni nada menos, que a través del delito de homicidio.

Esto es, el bien jurídico seleccionado por el legislador del elenco Constitucional, a proteger penalmente, en el tipo penal del homicidio, es la vida.

A su vez, la práctica médica conocida como eutanasia, actúa determinando el fin de la vida de una persona.

* Doctor en Derecho por la Universidad de la República (UDELAR) del Uruguay
Abogado penalista

Por ello, considero, modestamente, que siendo el bien jurídico: vida, de extrema relevancia, no podemos omitir que, emparentando a la eutanasia, con el bien jurídico libertad, perdemos de vista el conflicto entre bienes jurídicos relevantes pero diferentes (libertad-vida), ya que están en ambos sujetos intervinientes, paciente – médico, de manera absolutamente enfrentados a la hora de evaluar penalmente la conducta.

Por lo tanto, quien elige morir, en ciertas circunstancias, lo hace en ejercicio de su libertad;pero,quien realiza el mecanismo eutanásico,lo que hace es dar muerte.

Artículo 310 del CP. El que, con la intención de matar, diere muerte a alguna persona, será castigado con dos a doce años de penitenciaría.

Quiere decir entonces que, a quien se debe proteger en el ejercicio de la eutanasia, no es a aquella persona que en determinadas circunstancias hace uso de su libertad,sino a quien ejecuta una acción con la intención de dar muerte: el médico.

II. *¿En el mundo médico, cambia el paradigma del bien jurídico?*

¿Se puede transformar a la muerte en un bien jurídico?

No. Porque los bienes jurídicos son,en principio los detallados en la Constitución sin excluir a otros inherentes a la personalidad humana, o que derivan de la forma republicana de gobierno. O sea, aquellos cuya protección deriva del interés general. Artículos 7 y 72 de la Constitución.

La muerte como tal, no integra el elenco de derechos, ni convoca al interés general desde el punto de vista de su protección legal.

Sin dudas, y más allá de la voluntad política, la cual ira en una u otra dirección hacia la aprobación o no del proyecto, en las condiciones hasta ahora presentadas, por la propuesta, se generarán varias discusiones en el orden filosófico, científico, religioso, y ético, por lo menos.

A manera de ejemplo,en el plano ético,es ineludible el Código de Ética Médica, ley 19.286,de 2014,en especial: artículo 46,donde se dispone que la eutanasia activa es contraria a la ética, y ello puede permitir la imposición de una sanción de hasta diez años de suspensión, según la ley 18.591.

Pero del mismo Código de Ética, en el artículo 48, impone al médico a procurar una muerte digna.

De lo expuesto hasta ahora, y de la combinación del artículo 46 y 48, surgirá como conclusión de esta exposición, en el capítulo VI, nuestra propuesta.

III. *El mundo del derecho penal. Los actores.*

Lo que espera cualquier persona es que el médico cumpla con su juramento hipocrático, que ejerza el arte de curar.

La eutanasia es un ejercicio excepcional, provocado por la solicitud del paciente, para que, a través de un procedimiento médico, se termine con la vida del mismo.

Pero ni Apolo el Médico, o Esculapio, Higueia y Panacea, ni otros Dioses, o Diosas, se encargarán de la cuestión, sino que lo harán mortales, personas, familiares, abogados, peritos, fiscales y jueces.

Ante la discusión de la culpabilidad del médico, jugarán y se juzgará en virtud de las emociones de la familia, de la fiscalía, del juez, que no son ajenos a las opiniones de las organizaciones sociales de variada naturaleza, y de los modernos jurados populares internáuticos.

Y ninguno de ellos estuvo al lado de la cama, en el CTI, con el dolor, ni con la inevitable presencia de la muerte.

Sin embargo, a todos les toca, o se proponen, juzgar al médico.

Entonces, la Ley, para evitar interpretaciones que terminen ignorando su verdadero espíritu, y obligar su respeto, debe ser constitucional, ética, y clara, o sea, legítima.

La ley será la única garantía del médico.

IV. *Lo penal.*

La forma en que, humildemente, considero que debería abordarse este tema, desde el punto de vista jurídico penal (si sigue siendo una necesidad hacerlo ante el desarrollo de los cuidados paliativos), sería a través de los permisos legales. Esto es, como causa de justificación.

La ley penal, en determinadas circunstancias, nos otorga permiso para violar la ley.

El caso más conocido es el de la legítima defensa; cuando la ley autoriza a herir o dar muerte a una persona que nos agrede, y respondemos cumpliendo los requisitos que la Ley expresamente exige, para permitirnos, legitimar, nuestra acción prevista como delito.

En definitiva, la eutanasia ante determinadas condiciones del paciente que lo motivan a solicitar el procedimiento, comprobadas y documentadas, la ley justifica a quien realiza el procedimiento, y viola así el mandato legal que prohíbe matar.

La medicina trabaja la causa de la muerte, el juicio penal al causante.

Eutanasia: entre la historia, la medicina y el derecho

Germán Aller Maisonnave ¹

1. Origen y evolución

En 1516, Sir Thomas More, canciller del reino de Gran Bretaña durante parte del reinado de Henry VIII, publicó su magistral obra Utopía (u-topía: no hay lugar), que es una autobiografía intelectual en la que el autor describió un mundo diferente donde Utopo y los demás integrantes de esa sociedad ideal vivían en una isla. Su obra es la base del pensamiento utópico renacentista y el idealismo pre-moderno. Por no aceptar el propuesto divorcio de Henry VIII con Catalina de Aragón para desposarse con Anne Boleyn, además de su conflicto con Cromwell y por antes oponerse a la suba de tributos propuesta por el rey, derivó en su condena a muerte y ejecución pública el 6 de julio de 1535. Luego canonizado por su fe y sufrimiento, concibió en la Utopía la práctica de la eutanasia activa de la siguiente manera:

A los enfermos, como tengo dicho, les cuidan con gran afecto y no escatiman absolutamente nada en la guarda de la medicación o del régimen con que puedan restituirles la salud. Confortan a los que están a su lado, hablando con ellos, prestándoles, en fin, los alivios que pueden. Mas si la enfermedad no sólo es inmedicable, sino que también veja y atormenta de continuo, entonces los sacerdotes y los magistrados exhortan al hombre a que, pues está ya sobreviviendo a su propia muerte al estar incapacitado para las funciones todas de la vida, ser molesto a los otros y oneroso a sí mismo, no se empeñe en alimentar por más tiempo su ruina y su pena, ni dude en morir, ya que la vida le es un tormento; antes, movido de una esperanza auténtica, o se exima a sí propio de una vida acerba como de una cárcel y castigo o consienta de voluntad que le liberen los otros; que hará esto prudentemente, porque no es el bienestar sino el suplicio lo que interrumpirá con la muerte; que obrará asimismo piadosa y santamente, puesto que servirán a este propósito los consejos de los sacerdotes, esto es, de los intérpretes de Dios. A quienes persuaden de esto, o acaban ellos espontáneamente con su vida por la inedia o, amodorrecidos, se les pone fin sin que sientan la muerte. No suprimen

¹ Doctor en Derecho por la UDELAR. Doctorado en Derecho por la UNED de Madrid. Profesor Titular (Grado 5) de Derecho Penal de la Facultad de Derecho. Universidad de la República (UDELAR). Director Profesor Titular (Grado 5) del Instituto de Derecho Penal y Criminología de la Facultad de Derecho. UDELAR. Académico de Número de la Academia de Derecho de Uruguay. Académico Correspondiente de la Real Academia de Legislación y Jurisprudencia de Madrid (España) y de la Academia de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba (Argentina). Presidente de la Comisión de Derecho Penal del Colegio de Abogados del Uruguay

a nadie que no lo quiera ni disminuyen en nada su atención hacia él. El que los persuadidos acaben de ese modo lo tienen por cosa honorífica. Pero quien se toma la muerte por su mano, por una razón no acepta a los sacerdotes y al senado, no se le honra ni con la tierra y con el fuego, sino que es arrojado, ignominiosamente insepulto, a un pantanal cualquiera ².

More no sería el único ilustre filósofo renacentista en estudiar la práctica de la eutanasia, dado que en 1620 Sir Francis Bacon, a quien se debe la creación de las cátedras de Filosofía en Cambridge y Oxford, publicó su germinal obra *Novum Organum* (haciendo referencia a *Organon* de Aristóteles), en la cual acuñó el actual concepto de eutanasia:

De nuevo para insistir un poco más, considero que la misión del médico no consiste sólo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos, y no únicamente cuando ese alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando pueda proporcionar, aun sin esperanza de recuperación, un partir de la vida más suave y tranquilo.

Actualmente, en cambio, los médicos casi religiosamente cuidan a los enfermos incurables, cuando a mi juicio, si no quieren faltar a su misión y al deber de humanidad, deberían de aprender el arte de facilitar diligentemente una suave partida de esta vida. Llamamos a esta investigación eutanasia exterior para diferenciarle de la interior que atiende a la preparación del alma, la cual consideramos muy deseable ³.

Sin embargo, la etimología del término eutanasia, vocablo latino compuesto (eu-thanatos), tiene un significado cuyo alcance no debe entenderse necesariamente como la producción voluntaria y piadosa de la muerte, sino simple y llanamente como el “buen morir”, “muerte buena”, según fuera utilizado por griegos y romanos. No debe desconocerse la concepción teológica del vocablo en tanto “muerte en estado de gracia” que se corresponde con el ser amado, rodeado por sus familiares y amigos que transita sus últimos momentos de vida confortado por el afecto y amor. También abarca a la persona de fe que se sacrifica por los demás hasta dar su vida. Por tanto, la génesis de la discusión acerca de la eutanasia como práctica tendiente a la muerte es cuestión proveniente de algunos pensadores renacentistas como los dos citados. En tiempo pre-cristiano estaba claro en Roma para Arteo de Capadocia que:

Jamás es lícito a ningún médico procurar una muerte con el propósito de poner término a los mayores sufrimientos. Pero les está permitido, cuando no puedan mitigar la crueldad de un mal presente, obnubilar la mente del enfermo con narcóticos y somníferos ⁴.

Antes la cultura griega había abordado el punto en cuestión, laudándolo mediante la premisa de Hipócrates en su preclaro juramento:

Dictaré según mi leal saber y entender prescripciones dietéticas que redunden en beneficio de los enfermos, y trataré de prevenirles contra todo lo que pueda serles dañino o perjudicial. No administraré veneno alguno, aunque se me inste y requiera al efecto, tampoco daré abortivos a las mujeres ⁵.

2 More, Thomas, *Utopía*, Madrid, Akal, 1997, p. 169.

3 Bacon, Francis, *Novum Organum*, Buenos Aires, Orbis S.A., 1984, pp. 57-58.

4 Paggini, A., *El médico ante la moral*, Barcelona, 1955, p. 266.

5 Sindicato Médico del Uruguay, *La Ética Médica*, Montevideo, CBA, 1988, p. 7.

Ya a fines de la Edad Media y comienzos del Renacimiento, Tomás de Aquino, en su *Summa Theologica* rechazó la eutanasia por ser un atentado contra el amor que se debe uno mismo, contra la sociedad y contra la decisión de Dios sobre la vida del ser humano ⁶. En suma, el concepto de eutanasia ha sido empleado en dos marcadas tendencias: una estrictamente etimológica y dejada en el pasado. Contemplativa de la buena muerte, la cual carece de oposición y cuestionamiento alguno, pues estaría en el ámbito de la muerte natural, no provocada, susceptible de un estado particular de ánimo circunscripto al espiritualismo del padeciente y ajeno al obrar humano tendiente a eliminar la vida por la razón que fuere; otra elaborada a posteriori y dada por la intervención humana directa o indirecta, activa o pasiva, de cuya conducta deviene la muerte y restringe la vida a la selectiva decisión voluntaria. En ella radica el núcleo de las posturas en su favor y contra ⁷.

Jiménez de Asúa definió a la eutanasia de nuestro tiempo como:

Consiste tan solo en la muerte tranquila y sin dolor, con fines libertadores de padecimientos intolerables y sin remedio, a petición del sujeto, y con objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales ⁸.

Otro punto en discusión, aunque menor que con la eutanasia, es en relación a la eugenesia. Ésta consiste en la selectividad étnica, higiénica, sanitaria y etaria con fines eliminativos respecto de grupos humanos considerados como perjudiciales para la continuidad y desarrollo de la especie. La eugenesia queda comprendida como una hipótesis eutanásica específica, como ha indicado Jiménez de Asúa. El ejemplo más claro y famoso de este tipo de práctica genocida fue el programa de purificación de la raza llevado a cabo por el Tercer Reich. En efecto, ya en 1924, cuando Adolf Hitler escribió la primera parte de *Mein Kampf* mientras estaba en la prisión de Landsberg, presagiando el siniestro futuro expresó:

Durante mi lucha por la existencia, en Viena, me di cuenta de que la obra de acción social jamás puede consistir en un ridículo e inútil lirismo de beneficencia, sino en la eliminación de aquellas deficiencias que son fundamentales en la estructura económico-cultural de nuestra vida y que constituyen el origen de la degeneración del individuo o por lo menos de su mala inclinación ⁹.

De estas y otras posteriores afirmaciones del nefasto Führer derivó la aprobación e implementación de las leyes de Nuremberg para resguardo de la sangre alemana, la *Blutschutzgesetz*, y el 14 de junio de 1933 promulgaron las leyes de esterilización (modificada en 1935). Pero fueron más lejos aun, ya que idearon el macabro plan “T-A” (Aktion T-4) puesto en funcionamiento desde Berlín por una circular secreta emitida por Hitler con fecha 1 de setiembre de 1939 que decía:

El director del Imperio (Reichstleiter) Bouhler y el Dr. Brandt son encomendados con la responsabilidad de facultar normalmente a médicos determinados para

6 Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, t. I, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1964.

7 Un hombre, luego de matar a su mujer para que dejase de sufrir, expresó: soy un asesino: he matado a mi mujer; pero mi conciencia está tranquila, aun cuando sé que la justicia no penará lo mismo.

8 Jiménez de Asúa, Luis, *Libertad de amar y derecho a morir*, Buenos Aires, Losada, 1942, p. 404.

9 Hitler, Adolf, *Mi lucha*, México, Latino Americana, 1960, p. 31.

*que, en lo humanamente apreciable, se pueda procurar a enfermos incurables la eutanasia tras una muy crítica valoración de la situación de su enfermedad*¹⁰.

En virtud de ello, psiquiatras y otros médicos utilizaron a la Medicina respecto de niños y adultos con carencias mentales (incapaces y retrasados), así como otras etnias y grupos sociales, como mero y cruel instrumento político en defensa de una supuesta conservación y pureza de la raza aria. La consecuencia es harto conocida, el daño fue inconmensurable, matando a personas con malformaciones, paralíticos, enfermos incurables, etcétera. Se esterilizaron más de 350.000 personas, asesinaron más de 100.000 niños, ancianos, enfermos terminales y mentales, lisiados, etcétera, mediante inyección letal, infecciones provocadas y otras vías experimentales llevadas a cabo en los tristemente célebres “campos de exterminio” o “de la muerte”¹¹, además de los millones de judíos, gitanos, polacos, rumanos, disidentes y otras etnias. Fue una forma de abatir costos del Estado y verterlos en la militarización para la guerra. La campaña de eugenesia entonces practicada (Eutanasia im weitesten Sinn) también encontró defensores en otros Estados, como en Francia, donde el premio Nobel de Medicina, Alexis Carrel, en L'home, cet inconnu, indicó:

*Respecto de los que han matado, han robado a mano armada, han secuestrado niños o han abusado de la confianza pública, un establecimiento eutanásico dotado de gas apropiado permitiría disponer de ellos en forma humana y conveniente. El mismo tratamiento ¿no debería ser aplicable a los locos que han cometido actos criminales? No hay que dudar en relación a ordenar la sociedad moderna en torno al individuo sano. Los sistemas filosóficos y los preceptos sentimentales deben desaparecer ante la necesidad. Después de todo, el desenvolvimiento de la personalidad humana es el fin supremo de la civilización*¹².

También hubo opositores a esta aberrante práctica eugénica, como la Iglesia Católica mediante el Decreto de la Sagrada Congregación del Santo Oficio (2 de diciembre de 1940), atacando frontalmente la matanza nazi. Asimismo, debe subrayarse que numerosos médicos alemanes que fueron designados a tan cruel comisión se negaron a efectuar los actos eugénicos ordenados¹³. La historia relata la consecuencia que tal maniobra tuvo para Karl Brandt, médico personal de Hitler y Teniente General de la SS, encargado de la salud e higiene del Reich, quien fue sentenciado a muerte en Nuremberg (misma ciudad de las leyes eugénicas iniciales) y ejecutado en la horca en 1947 como principal acusado en el juicio contra los médicos nazis capturados por las fuerzas aliadas.

Merece la pena sumergirse en los orígenes de esta insana eugenesia, puesto que el nacionalsocialismo recurrió a los trabajos y elaboraciones antiguas respecto de la evolución de la humanidad. Así, desde la República de Platón, quien propugnó porque el Estado dejara morir a los enfermos para la mejora de la especie humana¹⁴, pasando por Charles Darwin y su Teoría de la selección natural y de la supervivencia de los más adecuados:

10 Romeo Casabona, Carlos María, El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, 1994, p. 475.

11 Núñez Paz, Miguel Ángel, Historia del Derecho a morir, Oviedo, Forum, 1999, pp. 88-89.

12 Ídem, p. 89.

13 Tuchel, V., Kein Recht auf Leben, Berlín, 1984, p. 7.

14 Platón, La República, Barcelona, Altaya, 1993.

La lucha por la existencia ¿cómo obrará en lo que se refiere a la variación? El principio de la variación, que hemos visto es tan potente en las manos del hombre, ¿puede tener aplicación en las condiciones naturales? Creo que hemos de ver que puede obrar muy eficazmente. Hay que tener presente el sinnúmero de variaciones pequeñas y de diferencias individuales que aparecen en nuestras producciones domésticas, y en menor grado en las que están en condiciones naturales, así como también la fuerza de la tendencia hereditaria ¹⁵.

También la Teoría sobre eugenesia de Galton y la elaboración de Friedrich Hegel sobre el influjo de la utilidad racional fueron interpretadas a piacere por los ideólogos de la doctrina nacionalsocialista, elaborando una línea de pensamiento estructurada sobre la necesaria lucha por la conservación étnica y cultural de la germanidad. Hasta por fin llegar a 1920, cuando el penalista alemán Binding y el psiquiatra Hoche publicaron su *Die Freigrabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* ¹⁶. En ella, abordaron la autorización para exterminar vidas “carentes de valor vital”. La elaboración de estos autores partió de la depresión económica originada en la posteridad de la Primera Guerra Mundial. Binding estimó que los enfermos terminales podrían acceder a la muerte provocada cuando la solicitaren (eutanasia activa), y —aun sin que lo hicieran— también los niños con malformaciones y retardo mental, los enfermos psiquiátricos sin curación, los que sufrieren parálisis mental progresiva (sin peligro de muerte), los inconscientes irreversibles, etcétera, puesto que esos seres no tenían voluntad para vivir o morir, eran muertos espirituales y despojos vacíos de humanidad ¹⁷. Su propuesta incluyó la eugenesia con evidente criterio seleccionador y quitó toda responsabilidad penal por la muerte asistida (*Sterbehilfe*) mediante la conformación de una comisión técnica interdisciplinaria decisora integrada por un médico general, un psiquiatra y un abogado. Por su parte, Hoche afirmó que ese tipo de personas ya estaban muertas en vida, que eliminarlas sería un acto provechoso para la sociedad y para ellos, así como cuando el médico mata al feto para salvar a la madre, pues aquellos son muertos mentales y espirituales. Estas ideas de Hoche fueron estudiadas y aceptadas por muchos médicos alemanes y europeos en general. Igualmente en el ámbito jurídico, a pesar de lo cual, predominó ampliamente el rechazo masivo al planteo propuesto, al punto que la Sociedad Psicológico Forense de Gottingen, donde R. von Hippel como jurista y Goeppert como médico, argumentaron en contra de la teoría en discusión. Si bien se reconoció la labor de los autores, se expresó la repulsa unánime por la posibilidad de autorizar la muerte de enfermos incurables, oligofrénicos, etcétera. Sin perjuicio de lo cual, se admitió la necesidad de atenuar y hasta perdonar judicialmente algunos homicidios efectuados por móviles de piedad ¹⁸.

15 Darwin, Charles, *El origen de las especies*, Barcelona, Grijalbo, 1992, pp. 101-167.

16 Binding, Karl, y Hoche, Alfred, *Die Freigrabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Mass und ihre Form*, Leipzig, 1920, pp. 17-29. También hay edición en inglés, *The Release of the destruction of Life devoid of value*, California, Robert L. Sassone, 1975.

17 Núñez Paz, Miguel Ángel, op. cit., p. 84.

18 Ídem, p. 86.

2. Acerca de la muerte

Desde el comienzo de la vida, más aun cuando se tiene consciencia de ella, se vislumbra la muerte como destino inequívoco. La literatura ha discurrido ampliamente por los laberintos de la finitud humana:

Avive el seso y despierte, contemplando como se pasa la vida, como se viene la muerte, tan callando...

Nuestras vidas son los ríos que van a dar a la mar, que es el morir...

(Coplas de Manrique)

La muerte comienza a gestarse junto con la vida misma como proceso biológico, químico y emocional inevitable. Se percibe en la morfología humana, pero también en el arte, la moral, el credo, la vida en sociedad y cualquier otra manifestación humana. Por eso, la inevitabilidad de la muerte no es una experiencia ni una idea, sino la certeza del saber, a pesar de lo cual transcurrimos por ambas sin detenernos sempiternamente en este pensamiento, pues la mente tiene la bondad de apartarnos de la visión del ocaso próximo de nuestra la vida, dándonos oportunidad de dejar en un cono de sombra a la fría y oscura muerte. Por momentos —aunque repetidos, tales al fin— anclamos nuestras ideas en ella, y entonces no acreditamos que yo, en nombre propio, sea materia perecedera que ha de cumplir el ciclo vital notorio en más o en menos tiempo.

Desde que estamos en condiciones de mensurar y concebir el tiempo —o cuando menos su existencia— podemos comprender que si el tiempo deviene encuentra su sentido en la eternidad como referencia de la limitación de la persona en cuanto ser temporal, aunque trascendente. El tiempo se nos muestra como eterno, aun cuando siempre transcurre, pero no termina de hacerlo. Para entender el tiempo necesitamos la teología, y así estudiar la existencia humana temporal en referencia a la eternidad. La fe nos aporta la esperanza en lo que —sin comprender— creemos, mientras que la existencia superior no requiere ni fe ni teología, pues simplemente “es”. Concebir el tiempo a través del tiempo es no creer, y esa es misión del filósofo que pretende comprender el tiempo desde el tiempo mismo ¹⁹. Solo lo constatamos con un sistema físico que registre una secuencia que, a su vez, no se altere por otra influencia externa. Como el reloj, que nos indica dos puntos temporales: uno anterior y otro posterior. A mi parecer, la muerte (como el espacio) no es nada en sí misma (no es absoluta), sino en relación a y con otros seres. Similarmente, para el espacio su relación de existencia es respecto a cuerpos y energías que provengan de otro origen, según quedó evidenciado con la Teoría de la relatividad de Einstein ²⁰. Resta otra cuestión a destacar, cuanto que, al decir de Unamuno:

Se trata de un abrazo trágico, fuente de vida, de donde va a brotar un manantial de vida seria y terrible en que el escepticismo, entendido como incertidumbre

19 Heidegger, Martin, El concepto de tiempo, Madrid, Trotta, 1999, pp. 28-29.

20 Einstein, Albert, La Teoría de la relatividad, Barcelona, Altaya, 1993, pp. 76 y ss.

(última posición a la que llega la razón ejerciendo su análisis sobre sí misma), se convierta en el fundamento sobre el que la desesperación del sentimiento vital ha de fundar su esperanza. Escepticismo racional, incertidumbre del filósofo de carne y hueso y desesperación sentimental y volitiva se enfrentan entre sí en una lucha, en una situación agónica, en la que la paz entre ambas potencias es algo imposible de alcanzar. De ahí que sea necesario convertir esa lucha agónica, esa guerra, en la condición fundamental de nuestra vida espiritual. La vida no acepta fórmulas, ni arreglos, ni dudas frías ni metódicas, al estilo cartesiano, sino que su única fórmula es “todo o nada”²¹.

El escepticismo aquí de manifiesto encuentra su punto de inflexión en nuestra cultura de negación a la muerte. Ya superado el tabú sexual del eros (o creemos haberlo hecho), pero no así respecto del thanatos, ya que sigue siendo tiempo presente la frase de Unamuno: el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma. El ser humano occidental, globalizado, creador y racional, niega impulsivamente el proceso de la muerte, aun cuando racionalmente no lo haga. No aceptamos vanamente que una persona lúcida, inteligente, destacada y querida inexorablemente deba morir.

Hemos logrado controlar el dolor superficial (heridas, quemaduras, enfermedades) en cerca del 90% de los casos, pero no tenemos panacea para el dolor profundo que proviene del miedo, el abandono, la soledad, la angustia, lo desconocido, la falta de esperanza y de ilusión. Para esos casos, en los cuales muchos enfermos terminales prefieren la muerte, la respuesta no es la que ellos han sugerido, sino apoyo, comprensión, compañía, contacto físico, información. En definitiva, la solidaridad y caridad del médico fraterno, dispuesto a elevar la mirada más allá del estetoscopio y la historia clínica, del acompañante agradecido que recuerde que de niño también resultó una carga para sus padres y, aun así, lo trataron con paciencia y amor, enseñándole a caminar, a contener sus necesidades fisiológicas, a socializarse, porque en ocasiones es más fácil y barato ser compasivo mediante la muerte eutánica del paciente que sirviéndolo con la vida propia hasta que la naturaleza culmine ese ciclo. Esos enfermos terminales, irrecuperables, sufren por su dolor profundo tanto o más que por el superficial corporal y, puesto que este último es ámbito de control médico, aquel queda al reservorio de la persona sensible y tolerante, capaz de ser generosa con su vida, para así satisfacer a los que sufren en soledad.

Entender la muerte supone comprender la vida y aceptar que la felicidad es una predisposición del ser humano que, desgraciadamente, no viene incluida con el cuerpo, sino con la buena ventura y en la disposición mental frente al acontecer vital. Como dijera P. Román Lezama s.j. (“Romi”), fallecido prematuramente:

*A veces da miedo orar porque es decirle a Dios ¡presente!, cuando llama desde la historia, desde la comunidad, desde los pobres, desde los necesitados [...] Puede traer que nos encomiende una misión de esas que se llevan la vida*²².

21 Unamuno, Miguel de, *Del sentimiento trágico de la vida*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1999, p. 43.

22 Romi Lezama, sacerdote jesuita uruguayo, quien fuera preso de la dictadura, de silenciosa y constante labor de entrega y servicio en favor de los pobres y necesitados, falleció joven aun, dejando una generosa huella imborrable para las siguientes generaciones.

3. Tipos de eutanasia y su consecuencia penal

Según explica Cairoli, desde comienzos de los años sesenta, con la aparición de la Fundación Euthanasia Society, el término eutanasia se ha restringido a la administración deliberada de un fármaco que ocasione la muerte ²³. El catedrático uruguayo, citando a Niño, señala que la eutanasia puede ser solutiva o resolutive, conforme si tiende a aliviar el dolor mediante calmantes, compañía, abrigo, comida, etcétera o si resuelve la vida ocasionando la muerte del enfermo. Este tipo de práctica es un homicidio que, conforme lo dispuesto por el artículo 37 del Código Penal uruguayo, podrá ser facultativamente perdonado por el juez.

Como ya he indicado, la eutanasia podrá ser eugénica si se trata de la eliminación de grupos humanos con la pretensión de purificar la especie. En este caso, es una conducta delictiva que no debe ser siquiera analizada desde el perdón judicial. La eutanasia económica es la eliminación de vidas por representar una carga económica para la sociedad y es también una conducta criminal. La eutanasia experimental consiste en la eliminación de la vida con fines de investigación científica y, como resulta evidente, amerita sanción penal. Lo mismo respecto de la eutanasia profiláctica que es el exterminio de personas portadoras de enfermedades epidémicas. La eutanasia solidaria es sacrificar la vida para salvar otra; en este caso la reprochabilidad penal no abarca esta decisión en virtud de poder llegar a tratarse de un suicidio ²⁴. Otra forma de eutanasia es la pena de muerte, donde se pretende la eliminación de una vida por razones de punición, peligrosidad y amenaza social. También el suicidio es una forma de eutanasia, pero efectuada por la misma persona que engloba el concepto de sujeto activo y pasivo de la conducta, puesto que se trata de un agente de la acción dirigida hacia sí mismo, en acto de libre disposición de su vida como bien jurídico propio.

Por último, la eutanasia activa y pasiva. La primera es el típico comportamiento directo cuyo objeto es producir la muerte inmediata de quien la ha solicitado o se encuentra en tal estado de deterioro y sufrimiento que, movido por razón de piedad, el agente de la conducta da muerte al enfermo terminal aun sin que lo pidiera ²⁵. Es este el caso de la eventual aplicación facultativa del juez respecto del perdón judicial previsto en el artículo 37 del Código Penal, en la medida que haya súplicas reiteradas de la víctima y demás requisitos. La segunda es una conducta de carácter omisivo (no hacer pudiendo hacer), puesto que el omiso puede y debe actuar de una forma, pero no lo hace y, por piedad, deja morir al enfermo. En esta hipótesis, la responsabilidad penal y la eventual aplicación de la mencionada causa de impunidad dependerán de las circunstancias de la omisión, en tanto que el tratamiento es una opción del paciente. Además, el médico no está obligado a extremar y recurrir a todo lo que prolongue la vida, sino a la curación y abatimiento del dolor. Puesto que se está ante un enfermo terminal, el hecho de mantenerlo hidratado, atendido, limpio, alimentado, acompañado y tratado con analgésicos y calmantes, implica la curación en sentido amplio del término que, en tal situación, no sería una conducta relevante penalmente.

23 Cairoli, Milton, La eutanasia en Uruguay, en El tratamiento jurídico de la eutanasia, obra colectiva, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996, p. 349.

24 Ídem, pp. 351-352.

25 Bacon, Francis, op. cit. Al respecto, afirmó el Canciller británico Bacon: Paréceme que la función de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas del dolor. Y esto debe hacerse, no solo cuando el alivio del dolor produzca curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte.

Fuera de la eutanasia se encuentran la distanasia y la ortotanasia. La primera es la muerte agónica, con fuertes dolores físicos y morales. Es más que factible que en muchas ocasiones se llegue a la eutanasia activa luego de haber transitado por la distanasia, lo que pone en evidencia que la práctica eutanásica activa ha sido motivada por tratamientos dolorosos, innecesarios e inconducentes. En esos casos se piensa que se hace un favor al paciente quitándole la vida, cuando lo se debería haber hecho era no hacerlo sufrir la distanasia. Es lo opuesto a la eutanasia o muerte buena. La ortotanasia en ocasiones es difícil de distinguir de la eutanasia pasiva, es la muerte digna, como bien describe Cairoli:

Frente al derecho del enfermo a morir con dignidad, se ubica la obligación complementaria del facultativo cumpliendo su deber de asistencia aliviando, serenando y acompañando hasta el fin ²⁶.

4. Quitar la vida por amor, piedad y supervivencia

Desde tiempos inmemoriales se ha recurrido a la muerte provocada voluntaria o involuntariamente como medio de supervivencia. Algunas antiguas tribus acostumbraban matar a sus padres viejos e incluso hasta practicar con ellos la antropofagia.

El ser humano primitivo se guiaba por una moral utilitaria que le forzaba a destinar su esfuerzo a sobrevivir él y sus compañeros que estuviesen en condiciones de producir para el grupo²⁷. Así, la Isla Viti-Levv en el Océano Pacífico y otras donde se estrangulaba a los ancianos y se practicaba el infanticidio. Los bosquimanos que abandonaban a los ancianos para ser devorados por las fieras. Las Islas Polinesias que practicaban el aborto y el infanticidio. Los Karens de Birmania donde los enfermos incurables eran ahorcados al momento de petición por su parte; los esquimales que abandonaban a los ancianos, enfermos incurables e hijas primogénitas recién nacidas por el hecho de ser mujeres. Los Brahmanes de la India que abandonaban en la selva a los recién nacidos de mala índole. Los celtas que mataban a recién nacidos deformes y a los ancianos enfermos. Los eslavos y escandinavos mataban a sus padres cuando eran ancianos. En las Islas Fidji se llevaban a cabo similares prácticas; los espartanos mataban a los deformes. Los judíos asociaban la enfermedad con el pecado y los griegos veían en la enfermedad un ataque a su obsesiva inclinación por la belleza física, síntoma de la armonía espiritual: non est vivere sed valere vita (la vida no es vivir sino estar sano) ²⁸.

Con el paso del tiempo vino el sostenido avance de la tecnología médica y, con ella, la cultura asistencial de resultados más allá que de medios y servicios preventivos y clínicos, donde el padeciente ha pasado a ser usuario en vez de mero enfermo y la relación se ha tornado contractual en vez de médico-padeciente ²⁹. Ya no cabe el planteo de soportar el sufrimiento y aguantar virilmente, puesto que se ha superado el siglo IV donde los estoicos veían en la enfermedad un aspecto de otra dimensión: lo espiritual. Desde entonces, dejó el ser humano de ser considerado unitariamente y pasó a la dualidad cuerpo y alma. Esta había de

26 Cairoli, Milton, op. cit., p. 353.

27 Jiménez de Asúa, Luis, op. cit., pp. 427-428.

28 Núñez Paz, Miguel Ángel, op. cit., pp. 36-38.

29 Aller Maisonnave, Germán, Análisis criminológico de la responsabilidad penal, en Responsabilidad médica para el tercer milenio, AA. VV., Montevideo, FEMI, 2000, pp. 107-111.

alimentarse con el sufrimiento como forma meritoria de desarrollar la espiritualidad frente a lo mundano y meramente profano. Sin embargo, antes y después de los estoicos hubo modelos de conducta que superaron el sufrimiento como valor en sí. En efecto, Jesús propuso la salvación del alma desde el amor y la pobreza en forma totalmente gratuita. El Nazareno se dirigió específicamente a los enfermos, a los moribundos y necesitados, ofreciéndoles una vida nueva, salud espiritual y aliviar sus dolores profundos, renunciando al concepto de muerte como final para establecer en su límite un cambio trascendente en la persona que fuese más allá de la materia. También Mahatma Gandhi preconizó el alivio del sufrimiento social mediante la entrega personal hasta el final de la vida como ofrenda hacia el bienestar y justicia para los oprimidos.

Hoy la ciencia médica se debate entre la eutanasia, clonación, partición de embriones, partenogénesis, manipulación genética o cromosómica, hibridación, fecundación in vitro, mediante el desarrollo de la biología, biomedicina, biogenética, etcétera, capaz de restaurar y, quizás, hasta de reconstruir a la persona gracias a la evolución de la prebiótica y filogenética. Abarcando así desde el nacimiento-aborto hasta la muerte-eutanasia/suicidio ³⁰. Mientras tanto, solo en Estados Unidos más de 10.000 enfermos se encuentran ahora en estado de coma irreversible, dando cuenta de que el avance científico no se ha visto acompañado por una evolución psicosocial acorde a la técnica que, en ocasiones (artificial e innecesariamente), sostiene el sufrimiento en aras de la ciencia misma (distanasia), pero no del ser humano. Hay una importante sentencia de la Suprema Corte de Estados Unidos que establece que no es un derecho humano consagrado en la Constitución el pedir que se le dé muerte a una persona convaleciente. Obviamente, sin perjuicio del innegable y bien recibido progreso en materia de trasplante de órganos, cuidados intensivos, calmantes, analgésicos, técnicas de soporte vital, etcétera, que mejoran la calidad de vida y la prolongan, aunque no siempre redunde en beneficio del enfermo, como ha sucedido en casos históricos como el ex presidente de Estados Unidos Harry Truman, el Mariscal Tito en la antigua Yugoslavia, el General Francisco Franco en España, el Emperador Hiro Hito en Japón y el polémico caso de Karen Ann Quinlan que llevó a discutir acaloradamente la diferencia entre matar y dejar morir (the right to privacy) ³¹.

En este sentido, la Iglesia Católica sentó claramente su postura ya en el siglo XVII mediante el cardenal Juan de Lugo que proclamó la falta de necesidad de usar medios artificiales y extraordinarios para mantener la vida. En la Declaración sobre Eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe (5 de mayo de 1980) se definió como eutanasia:

Una acción u omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor [...] Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto, embrión, niño, adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentir explícita e implícitamente.

Lo recién expresado parece excesivo, quizás hasta atemorice a quien tiene a su cuidado a un enfermo terminal. Sin embargo, más allá de la dureza de las expresiones transcriptas, cabe traer a colación aspectos ético-médicos, ajenos a la cuestión religiosa —puesto que en nada

30 Beristain, Antonio, Eutanasia: dignidad y muerte, Buenos Aires, De Palma, 1991, p. 202.

31 Nuñez Paz, Miguel Ángel, op. cit., pp. 108-109.

obliga al no creyente— para dilucidar la cuestión desde la praxis médica exigible y esperada de un profesional responsable. Así, el artículo 37 del Código de Ética Médica, obligatorio para todos los médicos socios del Sindicato Médico del Uruguay, establece: el médico debe respetar siempre la vida humana. El artículo 41 expresa: No es ética la aplicación de cualquier procedimiento médico dirigido a practicar la eugenesia, seleccionando a los seres humanos... Por último, el artículo 42 señala nítidamente el principio rector sobre la materia al decir: La eutanasia activa, el matar intencionalmente, es contraria a la ética de la profesión³². La Declaración de Venecia sobre enfermedad terminal (octubre de 1983) estableció³³:

Artículo 1. El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes.

Artículo 2. No habrá ninguna excepción a este principio aun en caso de enfermedad incurable o de malformación.

Artículo 3. Este principio no excluye la aplicación de las reglas siguientes:

3.1. El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata en caso de no poder expresar su propia voluntad.

La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad.

3.2. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

Por consiguiente, las pautas éticas desde la Medicina concuerdan con el rechazo expreso y terminante a toda práctica eugénica y eutanásica activa, entendiendo por eutanasia el concepto otrora introducido por Bacon³⁴, en tanto no se admite la causación de la muerte ni los actos tendientes a ella, pero sí es éticamente aceptado no prolongar innecesariamente la vida ni los sufrimientos del enfermo terminal, lo que deberá ser apreciado en cada caso más allá de las manifestaciones del paciente y familiares que, si bien siempre deben ser escuchados, es el médico y el equipo técnico quienes disponen del conocimiento y técnica para aquilatar cada caso específico y adoptar las medidas más adecuadas para el caso concreto. Para ello es de crucial importancia tener debidamente informado al paciente y sus allegados, de modo de comprender el objeto y suceso del tratamiento médico, evitando así una innecesaria confrontación de intereses. Nada obsta, entonces, a la aplicación del cóctel lítico como medida para curar el dolor (en sentido amplio), aunque no la enfermedad propiamente dicha, pues no se trata solo de mantener la vida, sino acompañar digna y éticamente al enfermo hasta la muerte dándole apoyo, higiene, atención y los calmantes que eviten su sufrimiento, aun cuando pudieren —consecuentemente— acelerar el proceso hacia la muerte. Siempre y cuando no fueren aplicados con el fin de matar, puesto que allí estaríamos en el ámbito

32 Sindicato Médico del Uruguay, Código de Ética Médica, Montevideo, Comunidad del Sur, 1995, pp. 25-26.

33 Sindicato Médico del Uruguay, La Ética Médica, op. cit., p. 67.

34 Concepto trabajado por Sir Francis Bacon en sus obras *Historia vitae et mortis* (1623), *Ensayo de moral II y Novum Organum* (1620).

del resultado previsto y querido (dolo directo) y no de la asistencia éticamente requerida y aceptada por el Derecho. La palabra lítico proviene de destruir, en latín *Delenda est Cartago* (en computación se usa la expresión Delete). Como explica Pedro Montano, es un problema terminológico en el que hay que distinguir el cóctel lícito, que busca aliviar, aunque indirectamente se da un efecto no querido (principio del doble efecto o del voluntario indirecto) que es el acortamiento de la vida.

5. Ordenamiento jurídico

El gravemente herido en combate clama por ser aniquilado por su propio compañero antes que morir abandonado o ser ejecutado por el enemigo. El padre ve morir desangrado a su hijo accidentado en un lugar alejado de todo y lo ultima para que no sufra más. En ello hay miedo y valor, piedad y crimen, pero se confronta con el respeto a la vida y la tutela de bienes irrenunciables, porque el suicidio es un acto desvalorado moral y éticamente, pero no por el Derecho Penal. Allí el titular del bien objeto de tutela penal dispone de él al autoeliminarse. Empero, el bien jurídico vida no es enteramente disponible, tal como surge del art. 44 de la Constitución que obliga a las personas a cuidar su salud y el suicidio no es lícito, al punto que se castiga su ayuda o determinación. No se puede reprimir (salvo aplicar medidas de seguridad con el suicida frustrado, que es un pronunciamiento negativo de nuestro ordenamiento) por razones de política criminal, ya que como decían Maggiore en Italia y Bayardo en Uruguay, qué pena a imponer a quien quería aplicarse a sí mismo la máxima pena: la muerte. La propia vida está fuera del comercio de la gente, porque no es algo que se tiene, sino que se es. Juridicamente esto tiene un reflejo coherente en la ley de Transplantes de órganos y tejidos: para donar un órgano hay que cumplir un régimen muy estricto; con más razón la indisponibilidad para el todo: la vida. En realidad, el hecho de atentar contra el principal sentido —instinto— natural que tenemos: el de conservación, el de subsistencia, hace suponer que posiblemente algo no anda bien en el paciente que anhela su muerte o en su tratamiento, y el pedido de que lo maten es un síntoma al respecto. Las razones de tal extremo pedido suele presentarse por otros lados tales como el peso que cree significar para sus parientes, la soledad en que se encuentra, la incertidumbre que padece; en definitiva, una gran depresión anímica. Cuando el que mata es otro, entonces quien ataca el bien jurídico vida no es su titular, sino alguien que no tiene disponibilidad sobre el objeto de la tutela penal. Esto es de difícil resolución, pero la facultad del juez de analizar cada caso y dar una respuesta jurídicamente aceptable y socialmente justa permite abordar el tema con la sensibilidad que amerita. Debe quedar claro que hay derecho a morir, pero no hay derecho a matar.

La fórmula adoptada por el codificador uruguayo, José Irureta Goyena, en el artículo 37 del Código Penal consagra una causa de impunidad mediante el facultativo perdón judicial del juez:

Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.

El requisito de que el agente de la conducta tenga antecedentes honorables es inadecuado, puesto que una persona con un amplio historial criminal también puede apiadarse y, movido por esa razón, matar a quien sufre y ruega por su muerte. Sin perjuicio de lo cual, es

acertado que se indique llanamente que la conducta descripta es un homicidio y que, en definitiva, el juez no queda obligado a dejar impune el crimen, sino facultado a ello. Por otra parte, por tratarse de una causa de impunidad, lo que se perdona es la pena (por no existir peligrosidad), ya que el homicidio es perpetrado y, en consecuencia, es desvalorado penalmente como tal. La fórmula uruguaya recibió elogios de Jiménez de Asúa, quien expresó al respecto: ha sido en Uruguay donde se ha implantado la doctrina más correcta³⁵.

Paradójicamente, el que mata por piedad, consciente que está quitando la vida a un ser que sufre, tiene la posibilidad de ser judicialmente perdonado, mientras que, según el artículo 315 del Código Penal, quien colabora o ayuda a otro al suicidio será penado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría sin que quepa el perdón judicial del artículo 37 del Código Penal. Debe tenerse en consideración que la colaboración a un suicidio puede ser por los mismos motivos de piedad y para evitar un mayor sufrimiento del suicida. Por ejemplo, si padece una enfermedad incurable y, consciente de ello, decide adelantar su muerte. La cuestión radica en que aquel que hace lo más, puede ser impune (homicidio piadoso), en tanto quien se transforma en brazo ejecutor, partícipe o cómplice en el suicidio con distribución de tareas recibirá una pena, a pesar de tener menor injerencia en el acaecimiento de la muerte. El tipo penal de la determinación o ayuda al suicidio abarca otras hipótesis ajenas a este planteo, como quien convence a otro de quitarse la vida o colabora simplemente porque le resulta indiferente esa vida o hasta porque siente odio hacia el potencial suicida. Para estos casos mencionados no postulo la causa de impunidad. Creo, en cambio, que debería contemplarse en esta figura la posibilidad del perdón de igual manera que en el homicidio por piedad cuando esa fuere la razón y así facultar al juez a proceder de similar manera que en el homicidio por móvil de piedad, de modo de armonizar ambas disposiciones y ser contemplativo de que, a pesar de desvalorarse penalmente la participación responsable directa o indirecta en una muerte, se otorgue la posibilidad del perdón para que pueda revisarse el contexto del hecho y arribarse a respuestas penales de menor dañosidad social, ya que la justicia sin piedad no es Justicia³⁶.

A su vez, el catedrático (r) de Derecho Penal y Filosofía de Bonn, Jakobs, destaca que en términos jurídico-penales el médico no tiene el deber de tratar médicamente al paciente contra su voluntad y, por tanto, pierde su posición de garante respecto de prolongar la agonía, salvo el cuidado que ha de dispensarle durante el tiempo de vida que le reste al enfermo terminal³⁷. Ese cuidado que le debe al paciente —aunque sea muy elemental— sigue perteneciendo al ámbito del garante. El médico aun en esa instancia es garante porque, de lo contrario, el paciente quedaría sometido a mayor sufrimiento (por ejemplo: sed y pérdida innecesaria de conciencia: hay drogas que permiten el control del dolor y no quitan la conciencia). La propia dignidad del paciente se vería en riesgo desde que dejaría de ser tratado como humano para ser abandonado como si fuese una cosa u objeto descartable.

El 28 de noviembre de 2000 Holanda aprobó en el Consejo la práctica de la eutanasia activa y el 10 de abril de 2001 se sancionó en la Cámara Alta del Parlamento, siendo el primer país en el mundo con una legislación de esas características. Como antecedente cabe mencionar que Australia tuvo una ley parecida en 1996, pero fue luego derogada y también Bélgica con

35 Jiménez de Asúa, Luis, op. cit., 440.

36 Beristain, Antonio, *Derecho penal y Criminología*, Bogotá, Temis, 1986, p. 202.

37 Jakobs, Günther, *Suicidio, eutanasia y Derecho penal*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1999, p. 61.

un modelo similar. La normativa aprobada se limita a las siguientes hipótesis, que deben darse todas conjuntamente:

- Que el paciente o enfermo, en caso de estar inconsciente, haya efectuado la petición previamente.
- Que se trate de un dolor insufrible e incesante.
- Que la Medicina racionalmente exigible no pueda mejorar la condición del enfermo o paciente.
- Que sea mayor de 16 años de edad, no necesitando autorización paterna.
- Que haya sido estudiado y aceptado por dos médicos (uno tratante y otro de consulta o los dos tratantes).
- Que el caso sea previamente estudiado por una comisión (ya existentes desde 1998) integrada por un médico, un jurista y un experto en ética.

Por último, y en síntesis, todos los casos de eutanasia practicada deberán ser informados. Esto hace presagiar que no se cumplirá tal puesta en conocimiento de la autoridad ni se recurrirá al procedimiento descrito en la ley, puesto que sigue siendo una práctica rechazada por la ética médica y del Derecho, así como por la comunidad cristiana, judía, musulmana y otras.

Los Tribunales éticos de España y otras partes de Europa han reaccionado desfavorablemente a esta legislación, a pesar de que en Holanda el 90% de la población aprueba la práctica de la eutanasia activa. Al respecto, cabe puntualizar que las encuestas tan masivas no serían muy fiables. En Holanda también hubo manifestaciones importantes en contra. Habría que cotejar cómo se han efectuado tales encuestas, ya que en ocasiones (como en Uruguay) también fueron favorablemente, pero aparentemente se habrían hecho preguntando a la gente en la playa: ¿Usted está a favor o en contra de la eutanasia? sin aclararse qué se entendía por esta expresión que es ambigua para quien no está interiorizado del tema. En general, la gente se resiste a que lo mortifiquen médicamente (técnicamente) y lógicamente desea morir en paz. Pero si se preguntara si le parece bien que un médico mate a un paciente, seguramente la respuesta sería distinta y desaprobaba ese hecho. El vicepresidente de la Academia Pontificia por la Vida, Elio Sgreccia, expresó en Radio Vaticano:

Esta legislación es el fruto de la incapacidad de la sociedad de consumo para afrontar el desafío del dolor y de la muerte, y de estar al lado de las personas que sufren [...] han preferido facilitar el suicidio asistido antes que la solidaridad y la asistencia a los moribundos.

En Cataluña se practica desde tiempo atrás el Testamento vital, y que se halla legislado aquí, conocido en los países angloamericanos como Living will, en el cual se documenta que la persona no desea que su vida sea mantenida innecesariamente, evitando sufrimientos y tratamientos prolongados. No implica inducir a la muerte, sino supresión del tratamiento que mantenga artificialmente la vida del paciente. También en Uruguay se han elaborado varios proyectos de Testamento vital, recogiendo las experiencias de España y Canadá, entre otras. Se objeta su pertinencia en cuanto a los requisitos esenciales para

la validez de los contratos ³⁸. En puridad, hay que señalar que no debiera llamársele testamento, ya que no es para después de la muerte, sino ante su inminencia. De todos modos, ello no hace a la cuestión y, en términos generales, más allá de la crítica correspondiente a que son acreedores estos documentos, y que no viene al caso detenerse ahora en ellas, no parece necesaria su implementación o, mejor dicho, puede expresar la voluntad al respecto el paciente o, en caso de imposibilidad, sus familiares, aun sin la existencia de un Testamento vital. Parece más apropiado el mandato, porque la persona en esa situación está aun viva, aunque no pueda expresarse. En Uruguay se han hecho varios mandatos y se inscribieron incluso en el Registro que lleva el Banco de Órganos y Tejidos en el Hospital de Clínicas, que es de consulta obligatoria cuando un paciente está en esas condiciones. En suma, conforme a los textos propuestos, no puede afirmarse que en estos testamentos o mandatos se consagre la eutanasia activa.

6. Proyecto uruguayo sobre eutanasia

Obra en el cuerpo Legislativo un proyecto de ley en que se propone en su primer artículo la exención de responsabilidad, es decir la ausencia de culpabilidad para el médico que dé muerte o colabore en el fin de la vida de un paciente mayor de edad, que esté psíquicamente apto y, asimismo, padezca de una enfermedad sin cura, irreversible y terminal o transite sufrimientos insoportables.

Al respecto, no son recomendables tales parámetros conductuales. Esto es, el comportamiento debe ser exclusivamente de un galeno que no necesariamente sea el tratante. No está contemplado que lo haga un familiar, amigo, pareja o allegado al padeciente. A diferencia de ello, el actual texto en el Código Penal abarca a cualquier persona que, movida por piedad y poseyendo antecedentes honorables, diere muerte a quien reiteradamente suplica que se le quite la vida. Lo que se abre como posibilidades de dispensar la muerte a quien así lo desea y expresa, además de que se actúe de conformidad con lo dispuesto por el texto proyectado, paradójicamente se cierra en cuanto al espectro de quienes podrían ser autores de la muerte a ruego.

Cabe otra consideración de suma importancia en cuanto a que la aptitud del enfermo obviamente ha de estar delimitada por la capacidad que posea. En este aspecto ha de enfatizarse que será harto difícil y controvertible establecer la aptitud o capacidad para disponer valorativamente de la propia vida. Quien se halla sufriendo, en soledad, sin expectativas ni apoyo adecuado es dable suponer que anhele cesar su propia vida y pida por ello al médico. Ahora bien, no necesariamente es una decisión libre, dado que no encuentra otra alternativa y observa a la muerte como una liberación psico-física. La capacidad para decidir debe efectuarse en estado de libre discernimiento; y es eso precisamente lo que dubitadamente posee la persona. Hay situaciones claras y evidentes que no acarrearán las cavilaciones evidenciadas, pero otras se verán enturbiadas por la dificultad para ponderar y concluir sobre el libre discernir, la capacidad y aptitud de esa persona concreta. Es un tema no menor, porque el centro del asunto es la libertad de los seres humanos.

³⁸ Según lo enunciado por el artículo 1261 del Código Civil uruguayo, para la validez de los contratos son esenciales el consentimiento de partes, la capacidad legal de la parte que se obliga, un objeto lícito y suficientemente determinado que sirva de materia en la obligación, que sea lícita la causa inmediata de la obligación. Ello sin perjuicio de la solemnidad requerida por la ley en ciertos contratos.

A mayor abundamiento, la pretendida humanización dispensando la pedida muerte o la ayuda al suicidio se ven viciadas por tópicos valorativos desde el punto de vista bioético, social y jurídico, puesto que la humanización fundamental no es estrictamente la muerte sino dignificar el tránsito de la vida hacia su culminación.

Tampoco es adecuado que privar la vida en los términos proyectados se defina jurídicamente en el seno de la culpabilidad. Más bien, debe preservarse en el terreno de la punibilidad, tal como está consagrado actualmente en el Código Penal. Sin perjuicio de ello, debería modificarse el texto vigente, tornándolo al homicidio piadoso en una excusa absolutoria mediante la cual, cumplidos los requisitos normativos, el juez preceptivamente disponga la impunidad del delito. Actualmente está contemplado como una hipótesis de perdón judicial, mediante el cual el decisor posee la facultad de dispensar o no el perdón de la pena. Tornándose en una excusa absolutoria tendría el mismo y adecuado efecto de inhibir la pena pudiendo subsistir el reproche penal por dar muerte, pero no dejando al juez en libertad discrecional para otorgar el perdón. Transformándose en una excusa absolutoria se lograría una mayor equidad y certeza en las decisiones judiciales.

El proyecto de marras no se conduce por el mencionado instituto de la excusa absolutoria como causa de impunidad. Hubiese sido mucho más conveniente preservar esta opción normativa adecuando que se resolviesen los casos como absolución preceptiva de la pena cuando se cumplieran los requisitos. Precisamente, dentro de estos no debería estar la pretendida honorabilidad del agente de la conducta, pues es un resabio excesivamente moralista e inadecuado en los tiempos que corren. Para apiadarse no es necesario más que poseer el sentimiento y fin de evitar el sufrimiento inconducente, insuperable e irreversible de quien quiere morir. No más que eso se necesitaría para contener en el ordenamiento penal uruguayo una disposición óptima, actualizada y que prosiga siendo vanguardista, como lo fue hace más de ochenta años la actual redacción, pero el pasaje del tiempo, los cambios sociales y culturales acarrear la necesidad de readecuación. Con este cambio sería suficiente para dar por laudado el tema de la eutanasia activa en nuestra sociedad sin necesidad de una ley como la propuesta.

Por su parte, los artículos 2, 3 y 4 del proyecto proponen trámites consistentes en recabar la opinión de otro médico no vinculado familiar ni contractualmente con aquél, así como éste examinaría personalmente al paciente, analizaría los estudios y demás. También se explicarían al paciente las posibilidades de otros tratamientos y cuidados paliativos, para luego efectuarse a los quince días una segunda entrevista ratificatoria, dejándose todo asentado por escrito. A no menos de tres días de la segunda entrevista el solicitante reiteraría su decisión y se aportarían dos testigos. Si bien tales pasos previos tienen fundamento, de todos modos resulta evidente que no transcurrirían menos de dieciocho días desde que la persona que sufre insoportablemente, al extremo de anhelar la muerte o cursando una patología terminal, estaría en condiciones de ponerle fin a su calvario. Da la impresión de que en estos términos se puede concluir que la eutanasia activa seguirá siendo en buena medida integrante del campo oscuro de la criminalidad, pudiéndose transformar en una ley esencialmente formal como mero progreso manuscrito en vez de dotar la humanización que loablemente se pretende, pero que erradamente se propone.

Nótese que el artículo 7 del citado proyecto edicta que si el médico no estaba presente en el deceso lo comunicará a la correspondiente Comisión del Ministerio de Salud Pública y, estudiados por ésta los antecedentes, si se vislumbrase un proceder inapropiado se remitirán las actuaciones al Ministerio Público. Extremos correctos, pero no tendientes a fomentar la labor del médico tratante en los términos de sensibilidad que se procura para el padeciente, sino volcándose a la Medicina defensiva y pretendiendo más proteger al médico tratante que asegurar los mejores y más humanitarios cuidados.

En suma, si bien el proyecto tiene detrás un bienvenido propósito de dar mejor respuesta a quienes anhelan culminar la vida a través de las hipótesis en que se da muerte o se colabora al suicidio en clave de mayor humanización, de todas maneras no se logra tal fin excluyendo la responsabilidad penal.

7. Proyecto sobre cuidados paliativos

El Poder Legislativo tiene a estudio un proyecto de ley sobre cuidados paliativos que consagraría, acertadamente, el derecho de las personas con enfermedades crónicas, irreversibles e incurables a ser debidamente tratados con cuidados paliativos cuyo propósito es respetar la dignidad mejorando la calidad de vida del paciente, priorizando asimismo la relación entre la familia y el enfermo en sus dimensiones físicas, psíquicas, sociales, culturales, emocionales y también en lo espiritual más allá de sus creencias religiosas o su carencia de ellas.

Se trata de acompañar a la muerte sin perder de vista que la vida continúa durante ese periplo, procurando mitigar a su mínima expresión el sufrimiento. Lógicamente, no solo la medicación para el cuerpo, tan necesaria como no excluyente de efectuar un abordaje integral del paciente dirigido a mitigar el dolor profundo que va más allá de lo estrictamente físico y que se halla en la soledad, incomprensión, pérdida de ilusión y proyección humana en lo trascendente. Por eso, no es cuestión estrictamente química, sino de desplegar en cada caso una línea de acción concerniente al paciente como persona centro de atención en el amplio sentido de esta expresión.

Dispensar tales cuidados abate la futilidad médica, el ensañamiento terapéutico y reduce los suicidios así como la eutanasia activa. Ello surge claramente en los países que implementan sistemáticamente estos cuidados. Uruguay cuenta con profesionales altamente cualificados para esta valiosa labor asistencial. Sin embargo, los cuidados paliativos deben democratizarse llegando a todos los puntos del país y, en definitiva, a cada persona que le puedan ser prodigados. Es una respuesta mucho más positiva desde lo humano e individual y desde lo social que conecta más estrechamente al ciudadano con el sistema de salud y con la sociedad, que reconoce al individuo como su centro de interés.

La aprobación de este proyecto con las mejoras que el Legislativo entienda pertinentes y su inmediata aplicación traerán como consecuencia que se reduzcan los suicidios y homicidios eutanásicos fruto del sufrimiento que puede ser mitigado con cuidados paliativos, dado que mejorará las condiciones de quienes se encuentren transitando periplos de sufrimiento y dolor.

8. Toma de posición

A pesar de tratarse de situaciones extremas, la eutanasia activa significa contrariar la función del médico, puesto que debe hacer lo que esté a su alcance recurriendo al conocimiento y técnica posible por mantener la vida, en vez de invertir el proceso de la Medicina. No debe dejarse de lado por esta vía el juramento hipocrático, los parámetros éticos mundialmente aceptados y la dirección natural de la profesión médica, ya que no es aceptable que el médico ocasione directamente la muerte del paciente. Tanto la ética médica como los textos legales, la jurisprudencia y la Iglesia católica han aceptado de buen grado que se acompañe a la muerte. Concepto no eutanásico en el sentido actual, sino humanitario que admite no prolongar artificialmente la vida, dejando así que el proceso vital siga sin interferencia su curso natural hacia la muerte. En estos casos, la práctica asistencial se limita a mitigar el dolor, la angustia y el sufrimiento mediante calmantes, hidratación, asistencia sanitaria y humana. A ello se añaden los esenciales, exigibles y perfectamente posibles cuidados paliativos, que se alinean en esta dirección humanitaria, científica y especializada estupendamente en Uruguay.

Las investigaciones sobre enfermedades acuciantes o en ciernes, no reciben los recursos económicos suficientes para atacar óptimamente esos males, cuyo creador directo o indirecto sea quizá el ser humano, mientras que se invierte anualmente en armamento una cifra próxima a U\$S 2.000.000.000. Esto exime de mayores comentarios, porque huelga afirmar que salvo alguna excepción no se está apostando a la paz y a la vida, sino a la guerra y a la muerte.

En definitiva, la eutanasia, concebida en su actual sentido de ocasionar la muerte sin dolor al enfermo terminal que la desee para dejar de sufrir, es también una forma de suicidio con distribución de tareas; es una elongación de la mano del suicida. Lo que no es cuestión menor, ya que también se discute la reprochabilidad de quien colabora o asiste al suicida³⁹. Sin embargo, a pesar de que la vida es un bien que pertenece a su titular la persona de cualquier forma, se puede parcialmente disponer de la propia, pero no de la ajena. Al ayudar a morir, como al matar, se reniega de la vida. Por tanto, no es admisible la eutanasia así entendida.

Estando Napoleón Bonaparte de campaña en Egipto, ordenó abandonar rápidamente el asentamiento donde estaban sus fuerzas militares. En esas circunstancias, cuatro de sus soldados padecían de la peste (con peligro de contagio inminente), al punto de que Desgenettes, médico militar y personal de Bonaparte, le hizo saber que los pacientes morirían en las siguientes veinticuatro horas. Napoleón preguntó si los soldados enfermos podrían ser transportados y Desgenettes contestó que no. Entonces, inspirado por la piedad, le ordenó que los matase con fuertes dosis de opio para evitar el sufrimiento y no caer en manos de sus enemigos turcos ni obstaculizar la marcha del ejército. Luego Napoleón se enteró que el médico no había cumplido la orden y lo hizo comparecer ante él, demandándole una respuesta. El médico reconoció no haber matado a los soldados y explicó su desobediencia diciendo

39 Lo medular de la discusión radica en la cuestión de disponibilidad de la vida como bien jurídico, en tanto que, si bien el intento de suicidio no se castiga, el juez puede adoptar medidas de seguridad curativas con el suicida frustrado. La normativa penal en la materia dispone, conforme el artículo 315 del Código Penal, que quien determina o ayuda al suicidio sí comete una infracción penal, puesto que atenta contra la vida ajena.

que mi deber es mantenerlos vivos ⁴⁰. Hoy en día, la tecnología permite el encarnizamiento terapéutico. O sea que la obligación de mantener vivo a un paciente tiene como límite el riesgo o daño y el beneficio razonablemente esperado. Si el primero supera al segundo, no debe continuarse y, de hacerlo, cabe imputar lesiones al moribundo.

Jiménez de Asúa expresó:

Ciertos autores de crímenes caritativos pueden beneficiarse de atenuantes especiales y hasta del perdón otorgado por los jueces; pero no hay derecho a matar con fines selectivos, económicos ni siquiera piadosos ⁴¹.

Bibliografía

- Aller Maisonnave, Germán, Análisis criminológico de la responsabilidad penal, en Responsabilidad médica para el tercer milenio, AA. VV., Montevideo, FEMI, 2000.
- Bacon, Francis, Novum Organum, Buenos Aires, Orbis S.A., 1984.
- Beristain, Antonio, Derecho penal y Criminología, Bogotá, Temis, 1986.
- Beristain, Antonio, Eutanasia: dignidad y muerte, Buenos Aires, De Palma, 1991.
- Binding, Karl, y Hoche, Alfred, Die Freigrabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Mass und ihre Form, Leipzig, 1920.
- Binding, Karl y Hoche, Alfred. The Release of the destruction of Life devoid of value, California, Robert L. Sassone, 1975.
- Cairolí, Milton, La eutanasia en Uruguay, en El tratamiento jurídico de la eutanasia, obra colectiva, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996.
- Darwin, Charles, El origen de las especies, Barcelona, Grijalbo, 1992.
- Einstein, Albert, La Teoría de la relatividad, Barcelona, Altaya, 1993.
- Heidegger, Martin, El concepto de tiempo, Madrid, Trotta, 1999.
- Hitler, Adolf, Mi lucha, México, Latino Americana, 1960.
- Jakobs, Günther, Suicidio, eutanasia y Derecho penal, Valencia, Tirant lo Blanch, 1999.
- Jiménez de Asúa, Luis, Libertad de amar y derecho a morir, Buenos Aires, Losada, 1942.
- More, Thomas, Utopía, Madrid, Akal, 1997.
- Núñez Paz, Miguel Ángel, Historia del Derecho a morir, Oviedo, Forum, 1999.
- Paggini, A., El médico ante la moral, Barcelona, 1955.

⁴⁰ Jiménez de Asúa, Luis, op. cit., pp. 430-431.

⁴¹ Ídem, p. 397.

Platón, La República, Barcelona, Altaya, 1993.

Romeo Casabona, Carlos María, El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, 1994.

Santo Tomás de Aquino, Summa Theologica, t. I, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1964.

Sindicato Médico del Uruguay, Código de Ética Médica, Montevideo, Comunidad del Sur, 1995.

Tuchel, V., Kein Recht auf Leben, Berlín, 1984.

Unamuno, Miguel, Del sentimiento trágico de la vida, Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.

Esta publicación está motivada por una jornada realizada en el mes de julio 2020, por la Federación Médica del Interior (FEMI) a través de su Comisión de Asesoramiento Bioético.

Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación, testamento vital o toma de decisiones anticipadas, encarnizamiento terapéutico, fármacos para calmar el dolor, objeción de conciencia, etc., son algunos de los diferentes términos que serán abordados en este trabajo.

Asimismo, entra en la discusión la Bioética, que es la ética aplicada a la vida, así como el relacionamiento entre la sociedad y el equipo de salud, basada en valores muy importantes para la vida y la convivencia en sociedad. Hay que tener en cuenta que la Bioética tiene en el mundo un desarrollo menor a cincuenta años, ya que fue individualizada y difundida en la década de los setenta.

Esta publicación basada en la jornada señalada no intenta ser un tratado, sino que simplemente pretende una información que permita realizar reflexiones de esta temática que debe ser conocida y discutida por la sociedad en su conjunto.