

EUTANASIA, EUGENESIA Y VIDA ¹
Germán Aller Maisonnave

Sumario

1. Origen de la duda terminológica. 2. Acerca de la muerte. 3. Tipos de eutanasia y su consecuencia penal. 4. Quitar la vida por amor, piedad y supervivencia. 5. Ordenamiento jurídico. 6. Toma de posición. 7. Bibliografía.

1. ORIGEN DE LA DUDA TERMINOLÓGICA

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 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:

¹ Publicado en *Criminología y Derecho penal*, t. I, libro en coautoría con Miguel Langon Cuñarro, Montevideo, Del Foro, 2005, pp. 203-221.

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

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 al hombre 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.

Ya a fines de la Edad Media y comienzos del Renacimiento, Santo 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 hombre 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 del hombre 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.

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.

⁶ SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologica*, t. I, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1964.

L. 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 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 1º de setiembre de 1939 que decía:

El director del Imperio (*Reichsleiter*) Bouhler y el Dr. Brandt son encomendados con la responsabilidad de facultar normalmente a médicos determinados para que, en lo humanamente apreciable, se pueda procurar a enfermos incurables la eutanasia tras una muy crítica valoración de la situación de su enfermedad¹⁰.

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 hartamente 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

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.

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.

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 ordenados ¹³. 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 del hombre. Así, desde la *República* de PLATÓN, quien propugnó porque el Estado dejara morir a los enfermos para la mejora de la especie humana ¹⁴, pasando por Charles DARWIN y su *Teoría de la selección natural y de la supervivencia de los más adecuados*:

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 Karl BINDING y el psiquiatra Alfred HOCHÉ publicaron su *Die Freigrabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* ¹⁶. En ella, abordaron la autorización para exterminar vidas “carentes de valor

¹² *Ídem*, p. 89.

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

¹⁴ PLATÓN, *La República*, Barcelona, Altaya, 1993.

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

¹⁶ BINDING, Karl, y HOCHÉ, 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*

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 solicitaran (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 humanidad¹⁷. 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, HOICHE 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 HOICHE 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 piedad¹⁸.

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 percedera 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

Life devoid of value, California, Robert L. Sassone, 1975.

¹⁷ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel, *op. cit.*, p. 84.

¹⁸ *Ídem*, p. 86.

sentido en la eternidad como referencia de la limitación del hombre 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 (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 hombre 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 más de un 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

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.

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

superficial corporal y, puesto que este último es ámbito de control médico, aquel queda al reservorio del hombre sensible y tolerante, capaz de ser generoso 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 hombre 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.

3. TIPOS DE EUTANASIA Y SU CONSECUENCIA PENAL

Según explica Milton 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 *resolutiva*, 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

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.

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.

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.

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 hombre 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

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.*

²⁶ CAIROLI, Milton, *op. cit.*, p. 353.

²⁷ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, *op. cit.*, pp. 427-428.

los ancianos enfermos. Los esclavos 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 hombre de ser considerado unitariamente y pasó a la dualidad *cuero y alma*. Esta había de 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 el hombre 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 al hombre 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 acompasado 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 hombre. 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 transplante 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.

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.

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

³¹ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel, *op. cit.*, pp. 108-109.

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 transcritas, cabe traer a colación aspectos ético-médicos, ajenos a la cuestión religiosa —puesto que en nada 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 profesión*³². 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

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).

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 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 los hombres, porque no es algo que se *tiene*, sino que se *es*. Jurídicamente 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 descrita 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 correcta*³⁵.

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 Filosofía y Derecho Penal de Bonn, Günther 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

³⁵ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, *op. cit.*, 440.

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

tiempo de vida que le reste al enfermo terminal ³⁷. 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 consciencia). 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. En estos momentos Bélgica prepara un proyecto 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?* y no se aclaraba 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 torturen médicamente (técnicamente) y desean morir en paz. Pero si se le pregunta a la gente si le parece bien que un médico mate a un paciente, seguramente la respuesta sería distinta y desaprobarían 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.

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

En Cataluña se practica desde tiempo atrás el Testamento vital, 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 contratos³⁸. 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 proyectos 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. 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.

La investigaciones sobre enfermedades hoy acuciantes como la vulgarmente denominada de la “vaca loca”, la legionella, el HIV-SIDA, ébola y otras, no reciben los recursos económicos suficientes para atacar óptimamente esos males, cuyo creador sea quizás el hombre, 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 no se está apostando a la paz y a la vida, sino a la guerra y a la muerte.

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.

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 suicida ³⁹. Sin embargo, a pesar de que la vida es un bien que pertenece a su titular —el hombre— 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 admito 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 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.

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 ayude al suicido si comete una infracción penal, puesto que atenta contra la vida ajena.

⁴⁰ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, *op. cit.*, pp. 430-431.

⁴¹ *Ídem*, p. 397.

7. 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 HOCHÉ, Alfred, *Die Freigrabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Mass und ihre Form*, Leipzig, 1920.
- BINDING, Karl y HOCHÉ, Alfred. *The Release of the destruction of Life devoid of value*, California, Robert L. Sassone, 1975.
- CAIROLI, 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, Martín, *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.
- 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.