

OBSERVACIONES AL PROYECTO DE LEY DE EUTANASIA Y SUICIDIO MEDICAMENTE ASISTIDO PRESENTADO POR EL DIPUTADO OPE PASQUET

ARTICULO 1.

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.

- Se sugiere reemplazar “patología terminal, irreversible e incurable o afligida por sufrimientos insoportables” por padecimiento físico y/o psíquico irreversible o insoportable para la persona que solicita asistencia médica para terminar con su vida.
- Se advierte que para darle garantías al médico que ejecute eutanasia o asistencia al suicidio debería consignarse que “no comete delito”, con lo que se constituiría una causa de impunidad preceptiva (a diferencia del homicidio piadoso que regula el Código Penal, donde exonerar de pena es facultativo del juez). Tal como está redactado, sigue existiendo la conducta antijurídica.
- Además de la “persona mayor de edad, psíquicamente apta” habría que considerar la autonomía progresiva de las personas menores de edad. El Código de la Niñez y la Adolescencia declara que niños/as y adolescentes gozan de los derechos inherentes a la persona humana, los que serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades. La Ley 18.335 de Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios reconoce a menores el derecho a tomar decisiones sobre su salud, tema que se desarrolla en detalle en su decreto reglamentario (274/010).

Un ratio posible sería incluir a los y las adolescentes a partir de 12 años con aceptación prescriptiva de su decisión por parte de sus progenitores, y a partir de los 16 años por decisión propia sin perjuicio de que los progenitores sean oídos y se involucren.

La ley 18.473 de Voluntad anticipada contempla a esas poblaciones: en el caso de las personas menores de edad la petición deberían hacerla padres o tutores, solos o incluyéndolos en la decisión, según su capacidad de discernimiento y madurez. Y va más allá: tratándose de incapaces declarados la petición la harían los curadores y si no están declarados sus familiares directos, considerando también su inclusión en la petición cuando lo amerite su capacidad de comprenderla.

- La persona solicitante debería poder formalizar su petición anticipada – que podría incluirse en la declaración que autoriza la Ley 18.473- de modo que en caso de que pierda posteriormente su aptitud psíquica pueda ser ejecutada bajo el control del representante que la persona haya designado en el mismo documento. Se trataría de una previsión

respecto de la propia muerte, emanada de una persona psíquicamente apta en el momento de formalizarla y por lo tanto de carácter vinculante, sin perjuicio de que en cualquier momento pueda cambiar de opinión al respecto.

- En lugar de ``dar muerte o la ayuda a darse muerte`` sería más conveniente consignar ``brindar asistencia para poner fin a la vida o ayudar al suicidio``.

ARTICULO 2:

El médico cuya intervención se solicite y considere que el solicitante se encuentra en las condiciones indicadas en el artículo primero 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.

- Debe especificarse que el médico que puede intervenir es aquel al que la persona solicita ayuda para poner fin a su vida, el cual debe certificar el diagnóstico conforme a los requisitos del artículo anterior. También establecer el plazo en que debe expedirse el médico consultante, requerir su independencia del paciente, sus familiares y el médico a quien el paciente solicitara la prestación. Asimismo considerar el caso de que la segunda opinión médica no coincida con la del médico interviniente en primer término, en cuyo caso el paciente tendrá derecho a solicitar la opinión de otro médico y si no lo hubiera correspondería la actuación de un ateneo médico o derivar la segunda opinión a la Comisión de Bioética del prestador de salud.
- Si se sostiene que la asistencia médica para eutanasia o suicidio asistido no es un deber para el médico, en caso de que el profesional interviniente se niegue a ejecutar la voluntad del paciente, se impediría a éste acceder a la prestación. Para evitarlo hay que incorporar la obligación de que el prestador, tanto sea público como privado, garantice ese acceso, subrogando al médico tratante, al igual que se prescribe en la ley de Voluntad anticipada.

ARTICULO 3:

El médico cuya acción 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 manifieste es libre, seria y firme. El médico e 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.

- Habría que precisar el tiempo en que debe expedirse el segundo médico, para evitar el riesgo de que se extienda indefinidamente el sufrimiento del paciente.

ARTICULO 4:

Transcurridos no menos de tres días desde la realización de la segunda de las dos entrevistas indicadas en el artículo 3 de la presente ley, la persona que persista en su voluntad de poner 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.

- Si se admite la declaración de voluntad anticipada para el caso de que el paciente haya perdido su aptitud psíquica, debería haber identificado en su petición a la persona responsable de que se ejecute su decisión.

ARTICULO 5:

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.

- La revocación de la voluntad del paciente solo podría realizarla aquel que estuviera en condiciones de hacerlo. Si hubiera manifestado anticipadamente su decisión y luego hubiera perdido su aptitud psíquica, cumplidos los requisitos se ejecutaría la misma bajo control del representante que el paciente haya designado a ese efecto.

ARTICULO 6:

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 produjeran si no lo hiciere.

- En caso de suicidio asistido, solo podría haber responsabilidad del médico interviniente si este estuviera presente al momento en que los medios proporcionados fueran utilizados. No se puede adjudicar responsabilidad a quien no haya participado del hecho.

ARTICULO 7:

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.

- La intervención de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública concluido el proceso debería limitarse a fines de registros sanitarios y estadísticos.
- Una opción garantista de la corrección del procedimiento previa al fallecimiento, a similitud de lo que dispone la Ley de Voluntad Anticipada- podría ser la intervención de la Comisión de Bioética del prestador, con tiempo acotado para que se expida (48 horas). En caso de que no haya respuesta, regiría el asentimiento tácito.

También, como lo disponen leyes vigentes en otros países, podría considerarse la institucionalización de un seguimiento de los procesos, a cargo de la entidad que se defina.

OTRAS CONSIDERACIONES:

El derecho

- El enfoque penalista del proyecto de ley no obsta a la declaración de la eutanasia y el suicidio asistido como derecho, por cuanto tácitamente lo otorga al paciente cuya voluntad se reconoce, aunque teniendo en cuenta solamente la situación del personal médico. Queda así invisibilizado el protagonismo absoluto de la voluntad de la persona solicitante, pero tampoco protege totalmente al médico, al cual no se le obliga a actuar pero se le deja expuesto a eventuales responsabilidades, como las consignadas en los artículos 6 y 7 el proyecto de ley.

También expone al paciente por cuanto no le garantiza el acceso a la prestación de la asistencia para morir. Por el contrario, queda a expensas de las decisiones del médico interviniente y del consultante, sin incluir la responsabilidad de los prestadores de brindar dicha asistencia, sin discriminaciones ni costos extras.

El art. 18 de la Ley 18.335 de Derechos y Deberes de Pacientes y Usuarios consagra el derecho a que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, el médico tratante –por sí mismo- de la orden de ``No reanimar``. Por qué entonces no reconocer el derecho del paciente a solicitar asistencia para terminar con su vida, siendo que como lo prescribe el art. 24 de la misma ley, el paciente es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa a algún procedimiento o diagnóstico terapéutico así como si no sigue las directivas médicas?

En el proyecto de ley que se examina, no se considera la objeción de conciencia del personal médico, fundado en que no se trata de un deber para el mismo sino de un derecho. Se considera que no solo debería incluirse sino que también los prestadores de servicios de salud tendrían

que dar a conocer a sus usuarios la lista de objetores, a fin de que los pacientes puedan dirigirse directamente a quienes no invocan ese justificativo.

La prestación

- La Ley 18.211 que regula el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el literal F de su artículo 3, incluye entre los principios rectores del mismo ``La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios``. Por su parte, la Ley 18.335 establece que ``Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral...``. Si la asistencia a la eutanasia y el suicidio asistido son parte de esa atención integral, verificados los requisitos de su viabilidad, no se le puede negar a nadie. Lo contrario entraría en colisión con los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Inclusión de poblaciones

- La exclusión de niñas, niños y adolescentes respecto del derecho a morir dignamente, entra en colisión con las disposiciones de la Convención de Derechos del Niño (aprobada por Ley 16.137 de 1990) que sustituye la teoría civilista de su incapacidad por el reconocimiento de su condición de sujetos de derecho, con derechos y responsabilidades conforme a la etapa de desarrollo que transiten. También con la Convención Panamericana de Derechos de los Jóvenes (aprobada por ley 18.270 de 2008), que profundiza en la misma línea. Por su parte, el Código de la Niñez y la Adolescencia (aprobado por Ley 17.823 de 2004) y sus modificativas, en su artículo 11 bis en la redacción dada por la Ley 18.426 de 2008, incorpora el concepto de autonomía progresiva de las personas menores de edad consagrado por la citada Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes.
- El Decreto 274/010 que reglamenta la Ley 18.335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, en sus artículos 18 y 24 también se hace cargo del reconocimiento de la autonomía progresiva de las personas menores de edad, es decir de su capacidad de entender lo que solicitan, sin perjuicio –en función de la edad- de los derechos de la patria potestad.

Cuidados paliativos

- Una ley de eutanasia y suicidio asistido tiene que incluir la garantía de que, sin perjuicio de la voluntad de terminar con su vida, el paciente tiene derecho a recibir los cuidados paliativos que correspondan, dado que están incluidos en las prestaciones integrales de servicios de salud, como lo garantizan las leyes 18.211, art. 3 literal F y art. 4, literal B; Ordenanza 957/013, art. 1; Ley 18.335, art. 6.

El médico interviniente debe proporcionar esa información al paciente.

Modificaciones a leyes vigentes

- La ley comentada tiene que incluir también la adecuación o derogación de aquellos aspectos de las leyes asistenciales que se opongan a sus

objetivos, como el literal D del artículo 17 de la Ley 18.335 y de las penales que correspondan.