

Boletín Criminológico



Director: Per Stangeland.
Coordinadora: Elisa García España
Publicado por la Sección de Málaga del IAIC
Facultad de Derecho, Universidad de Málaga
Campus de Teatinos, 29071 MALAGA

La Sección de Málaga del Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología celebró los días 3 a 5 de Noviembre un Seminario jurídico internacional sobre Eutanasia. A tal efecto representantes de España (Del Rosal, Stangeland, Escotado), Italia (Seminara), Alemania (Koch), Holanda (v. Kalmthout), Francia (Gonzálvez), Suiza (Queloz), Japón (Nakayama/Kuzuhara), Australia (Kelly), Estados Unidos (Winslade), Uruguay (Cairolí) y Canadá (Keyserlingk) presentaron ponencias donde, tras recoger un conjunto de datos criminológicos, analizaron la situación legal y las propuestas de reforma de sus respectivos países en relación con las variadas situaciones en las que se plantea la problemática de la eutanasia. El Seminario, que contó igualmente con la presencia de los profesores españoles Muñoz Conde, Carbonell Mateu, Valle Muñiz, Mapelli Caffarena, así como de una buena parte de los profesores integrantes de la Sección de Málaga del I.A.I.C, dedicó una parte importante de su tiempo al desarrollo de intensos debates entre el restringido número de participantes. Lo que aquí sigue es un brevísimo resumen de lo que sucedió, estando prevista la publicación de un volumen con todas las ponencias, así como con una relación general de los debates que llevarán a cabo los profesores Muñoz Sánchez y Prieto del Pino.

Las referencias expresas a eutanasia pasiva y eutanasia activa están ampliamente difundidas en la doctrina. De ahí que estuvieran presentes tanto en las ponencias como en los debates. En este Boletín, con los términos eutanasia activa se alude a aquellos comportamientos en los que, no estando la medicina en condiciones de garantizar un mínimo de calidad de vida respecto a personas que padecen una lesión o enfermedad incurable generalmente mortal, se procede a la eliminación de sus graves sufrimientos por medio de la directa provocación de la muerte. La eutanasia pasiva, por el contrario, haría referencia a comportamientos de no aplazamiento de la muerte en situaciones en las que la medicina, a tenor de los actuales conocimientos y técnicas, sólo puede limitarse estrictamente a retrasar el momento de la muerte, sin capacidad para asegurar una vida que mantenga con una mínima autonomía las funciones vitales esenciales (vid. Díez Ripollés, J.L./Gracia Martín, L.: Delitos contra bienes jurídicos fundamentales. Vida humana independiente y libertad. Tirant lo Blanch, 1993, pgs. 254 y ss.).

Véase, no obstante, lo referente a la utilización de esta terminología en el punto 2 del apartado

La legalización de la Eutanasia: Seminario internacional sobre su tratamiento Jurídico

El contenido del Seminario podría considerarse constituido por dos grandes bloques. El primero de ellos estaría integrado por la exposición y debate de los datos criminológicos y legislativos correspondientes a países europeos (España, Italia, Francia, Holanda, Alemania y Suiza), Japón y Uruguay, que abarcaron las tres primeras sesiones del Seminario; el segundo abordaría los mismos aspectos pero referidos a los países participantes con sistemas jurídicos de "common law" (Estados Unidos, Canadá y Australia, objeto de la cuarta sesión).

No obstante, el punto de partida lo constituyó el planteamiento de los fundamentos filosófico-jurídicos de la eutanasia. De conformidad con la tesis mantenida, la eutanasia se presenta como manifestación concreta de la autonomía personal del individuo; autonomía personal de la que el derecho a poner fin a la propia existencia no es sino -por más que trascendente- expresión y consecuencia.

Entrando ya de lleno en el resumen del contenido del primero de los bloques aludidos, cabe decir que el denominador común en las diferentes legislaciones es la necesidad de dar

solución expresa a graves problemas que se plantean ya respecto a la eutanasia indirecta, se incrementan en lo tocante a la pasiva, y alcanzan su cota más alta respecto a la eutanasia activa, que viene a considerarse integrada en el homicidio consentido o en el auxilio ejecutivo al suicidio.

Un caso que merece especial atención dentro del panorama europeo es el de Holanda, país en el que, a pesar de ser punibles tanto el homicidio consentido como el auxilio al suicidio (arts. 292 y 294 C.P respectivamente), “de facto” no son perseguidos en virtud del principio de oportunidad. En efecto, el médi-

co que, cumpliendo una serie de requisitos (cinco en realidad) de elaboración jurisprudencial, aplica la eutanasia activa a un paciente que lo solicite puede tener la absoluta seguridad de que no será procesado. El cumplimiento de dichos requisitos es controlado por el Ministerio Fiscal a la luz de un cuestionario que, además del acta de defunción no natural, deberá rellenar el médico y entregar al forense. Los resultados de este sistema son hasta el momento bastante satisfactorios en los dos años escasos de funcionamiento, pudiendo destacarse dos datos interesantes:

- parece constatar un incremento en el número de informes oficiales de casos de eutanasia y un simultáneo decrecimiento en el número de los relativos a suicidios;
- los enfermos terminales a los que, tras solicitarlo, se les garantizó por parte del médico la aplicación de la eutanasia en el momento que decidiesen no prolongar más su proceso irreversible de muerte, vivieron más tiempo del pronosticado y con una mayor tranquilidad de ánimo.

Una situación con algunas similitudes respecto a la holandesa es la existente en Japón, donde, si bien con un alcance mucho más limitado, desempeñan un papel importante los criterios jurisprudenciales.

En el plano estrictamente legislativo es especialmente reseñable el caso de Uruguay, único país del mundo en el que una disposición del código penal (en concreto el art. 37, que plasma

Los españoles opinan sobre la eutanasia

Varias encuestas realizadas durante los últimos años muestran una mayoría favorable a la eutanasia activa. La mayoría no es tan amplia como en los países de Europa del norte, donde, por ejemplo, un 78% de los holandeses están a favor; en España las encuestas muestran una mayoría de entre 50% y 65% favorable a la eutanasia, dependiendo de la forma exacta de formular la pregunta. Una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en marzo de 1992, dio los siguientes resultados:

¿ Piensa Vd. que un enfermo incurable con grandes sufrimientos, tiene derecho a que los médicos le proporcionen algún producto que ponga fin a su vida sin dolor?

Sí	59
No	28
N.S./N.C.	13
<hr/>	
Total	100%

Y, haciendo referencia a las leyes, cuando una persona tiene una enfermedad incurable que le causa grandes sufrimientos, ¿cree Vd. que la ley debería permitir que los médicos que le atienden pudieran poner fin a su vida y a sus sufrimientos, si el paciente lo solicita?

Sí	66
No	22
N.S./N.C.	12
<hr/>	
Total	100%

Y cuando una persona que padece una enfermedad incurable que le causa grandes sufrimientos no pudiera solicitarlo y lo pidieran por él sus familiares, ¿cree Vd. que la ley debería permitirlo?

Sí	49
No	33
N.S./N.C.	18
<hr/>	
Total	100%

(Encuesta nº 1996 de C.I.S. , 2.492 entrevistas a la población española de ambos sexos de 18 años o más.)

directamente las ideas de Jiménez de Asúa) recoge la facultad del juez de eximir a quien gozando de “antecedentes honorables” comete un homicidio por piedad que haya sido reiteradamente solicitado por la víctima.

Por lo que respecta a los datos criminológicos aportados en este primer bloque (referentes a España, Alemania, Suiza y Japón), estos reflejan una opinión mayoritariamente favorable a la eutanasia activa. En el caso de España se presentaron datos que ponen de manifiesto que de un 50% a un 65% de la población española se muestra partidario de la eutanasia activa. Las variables de las que dependería fundamentalmente una postura contraria serían el profesar la fe católica y tener una edad superior a los cincuenta años. En este sentido, -así vendrían a confirmarlo también los datos relativos a Suiza- parece que es especialmente la segunda de ellas de forma aislada la que resulta determinante, de manera que la mayor proximidad de la muerte es el factor clave para decantarse por el rechazo de la eutanasia. Por otra parte, la realidad española presentaría de acuerdo con las hipótesis formuladas en el marco del proyecto antes aludido cuatro características básicas, constituyendo las tres primeras además sendos rasgos diferenciales con respecto a los restantes países desarrollados:

- la mayoría de los enfermos terminales mueren en su domicilio atendidos por sus familiares;
- se aprecia al mismo tiempo un consumo muy bajo de morfina y sus derivados, lo que po-

dría ser indicativo del aún escaso contacto entre la medicina paliativa y el tratamiento ambulatorio;

- la información sobre el curso de la enfermedad suele ir dirigida a la familia, de manera que el paciente ignora en la mayoría de los casos la situación real, lo que, además de imposibilitar la toma de decisiones, constituye un flagrante incumplimiento de las disposiciones legales que, en el ámbito sanitario, imponen al médico la obligación de informar al enfermo;
- por razones demográficas, dentro de unos años la situación de los enfermos terminales en España se equiparará a la de países como EE.UU o Japón, en los que ya en la actualidad éstos mueren solos y en hospitales.

En el segundo de los dos grandes bloques (los países Anglosajones), y en concreto los datos referentes a Australia permiten igualmente constatar la existencia de una postura mayoritariamente favorable a la eutanasia activa, incluso en edades superiores a los cincuenta años.

Como nota especialmente significativa y diferencial de los países “common law” hay que señalar que en los mismos se elude la alusión a la eutanasia pasiva, puesto que ésta se considera, en muchos casos, simplemente como manifestación de la facultad del enfermo de rechazar cualquier tratamiento (“stopping treatment”).

Por lo demás los problemas en el terreno legislativo vendrían a coincidir con los del bloque anterior. Así, en ambos suscita especial interés -y de hecho constituyó un elemento clave tanto en la totalidad de las ponencias como en los debates- la cuestión del consentimiento del paciente. Las dificultades se plantean tanto en los supuestos en los que nos encontramos ante individuos incapaces por naturaleza para manifestarlo (enfermos mentales, deficientes mentales y recién nacidos) como en los casos en los que siendo capaz el enfermo de forma natural, se halla en estado de inconsciencia. Este último cúmulo de supuestos supone incidir en el problema de la validez de las denominadas declaraciones vitales (*living wills, advance directives*) en las que el individuo, en pleno uso de sus facultades mentales puede establecer su voluntad y preferencias para el caso en que posteriormente no pueda manifestarlas, así como designar a los representantes que llegada tal situación podrán adoptar las decisiones pertinentes. Para solventar los problemas derivados de la imposibilidad de prestar el consentimiento cabe señalar que se plantearon diferentes soluciones posibles (comités médicos ad hoc, familiares más cercanos, combinación de ambos criterios...) habiéndose llegado a las conclusiones que bajo el epígrafe correspondiente se recogen en este Boletín.

Ana María Prieto del Pino.
Correlatora general del
Seminario de Eutanasia.

Los participantes en este Seminario han podido comprobar, a partir de los informes de los diversos países en él representados, que, pese a algunos avances significativos, la problemática general de la eutanasia no ha sido resuelta de modo satisfactorio en la práctica totalidad de ellos.

Sin embargo, a partir de los datos suministrados en el Seminario, se concluye que la mayoría de la población de los países desarrollados mantiene una opinión favorable a su posible ejercicio, y demanda una regulación concorde con ello.

Una adecuada consideración de esta materia debería tener en cuenta lo siguiente:

1. La eutanasia debe ser inserta en la problemática general sobre la disponibilidad de la propia vida, dentro de la cual no constituye más que un caso especialmente evidente de ejercicio del derecho de autode-terminación personal.

2. Sería aconsejable eludir la terminología de eutanasia pasiva y eutanasia activa, pues tiende a poner erróneamente el énfasis en el carácter activo u omisivo del comportamiento de la tercera persona interviniente cuando lo verdaderamente decisivo son las diferentes situaciones clínicas en las que se encuentra el paciente.

3. Se considera necesaria una regulación, preferentemente en el ámbito sanitario, de las posibilidades de intervención para asegurar los deseos del paciente de que no se prolongue de modo artificial un proceso irreversible de muerte.

4. La satisfacción por terceras personas de la voluntad del paciente de no continuar viviendo, en aquellos supuestos en que éste

padece una enfermedad o minusvalía que no le permiten disfrutar de una mínima calidad de vida, no debería ser considerada una conducta criminal.

A este respecto se valora de modo especialmente positivo la nueva regulación introducida en Holanda, si bien parece razonable esperar algún tiempo antes de hacer una evaluación definitiva.

5. La presencia del consentimiento del paciente es elemento imprescindible en toda actuación. Cualquier previsión legal en esta materia debe partir de que la persona afectada posee capacidad de decisión y presta, por propia iniciativa, un consentimiento debidamente informado.

Constatado tal extremo así como la realidad de la situación clínica, no parece pro-

cedente condicionar la relevancia de tal consentimiento a la opinión de otras personas sobre la corrección de su decisión.

6. Deben asimismo encontrarse soluciones legales que satisfagan las exigencias de calidad de vida de personas que se encuentren en la situación descrita en el punto 3 y que no puedan expresar su opinión debido a su edad o capacidad o a una pérdida permanente de consciencia. Entre las posibilidades legales disponibles para estos casos deberían encontrarse las declaraciones vitales, los representantes personales nombrados al efecto y, en su ausencia, los representantes legales. Las decisiones deben tomarse exclusivamente en base a la voluntad actual o presunta del paciente o a sus intereses, sin tener en cuenta, en ningún caso, intereses ajenos.

En el Boletín Criminológico se han publicado:

- 1.- Víctimas de delincuencia en Málaga (Junio 1994)
- 2.- Discrepancias entre las estadísticas judiciales y policiales (Julio y Agosto 1994)
- 3.- Lentitud de los procesos penales en Málaga (Septiembre 1994)
- 4.- Delincuencia juvenil en Fuengirola. (Octubre 1994)

El Boletín Criminológico da un breve resumen de trabajos de investigación llevados a cabo en la Sección de Málaga del I.A.I.C, Facultad de Derecho, Campus de Teatinus, 29071 MALAGA. Se edita un boletín cada mes y la subscripción es gratuita.

Quiero recibir el boletín Criminológico

Nombre _____

Cargo _____

Dirección _____