REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 934 de 2022

Carpetas Nos. 67/20 y 2137/21

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Reglamentación

EUTANASIA

Normas

INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

CÁTEDRA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES Y LA UNIDAD ACADÉMICA DE BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE DE ESPAÑA

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 1º de junio de 2022

(Sin corregir)

Presiden: Señora Representante Lucía Etcheverry Lima, Presidenta y señor Representante Alfredo De Mattos, Vicepresidente.

Miembros: Señoras Representantes Cristina Lústemberg, Silvana Pérez Bonavita y Nibia Reisch.

Delegado de Sector: Señor Representante Rodrigo Goñi Reyes.

Asiste: Señora Representante Bettiana Díaz Rey.

Concurre: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Invitados: Por el Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de la República, doctor Daoiz Uriarte Araújo, Director y doctores Fernando Marán, Mariela Cajiga y Nils Helander, integrantes.

Por el Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, profesor doctor Hugo Rodríguez Almada, Director y por la Unidad Académica de Bioética, doctora Marianela Barcia, Directora y licenciada Silvia Méndez.

Por plataforma virtual, doctor Fernando Marín, Presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de España.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.

═══════II═══════

SEÑORA PRESIDENTA (Lucía Etcheverry Lima).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee:

CARPETA PERMANENTE Nº 50

OFICIO Nº 833 DE SECRETARÍA DE LA CÁMARA. Remiten exposición escrita del Diputado Eduardo Elinger, en relación a una experiencia piloto que se implementó en el departamento de Maldonado, con la colocación de adhesivos- pegotines con el código QR personalizado en autos, motos, bicicletas, para contar con información médica en caso de siniestro. (Se adjunta copia del proyecto del médico especialista doctor Juan Manuel Sanguinetti). (Asunto Nº 154872).

SOLICITUD DE AUDIENCIA

LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE TACUAREMBÓ. Remite Oficio Nº 135/22), con solicitud de audiencia de la Comisión de Salud, Higiene y Alimentación de dicha Junta, para plantear la situación de la Escuela de Enfermería del referido departamento. (Asunto Nº 154871).

ACUPS URUGUAY (Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud) solicitan audiencia para intervenir en la discusión de los proyectos sobre "Eutanasia" a estudio de la Comisión. (Asunto N° 154979).

El Instituto Nacional de la Juventud (INJU). Solicitan audiencia para presentar la Campaña de Sensibilización en Salud Mental y Bienestar Psicosocial de Adolescentes y Jóvenes. (Asunto N° 154980).

NOTAS

El doctor Augusto Ferreira (Decano de Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Católica) en representación de la Comisión Nacional de Enfermería (CONAE) acepta concurrir a los efectos de informar sobre el Proyecto de Resolución: COMISIÓN HONORARIA DE TRABAJOS INSALUBRES. Se solicita al P.E su integración. C/2498/2022,Rep.651. (Asunto N° 154981).

——La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación del Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de la República, integrada por su director, doctor Daoiz Uriarte; el doctor Fernando Marán; la doctora Mariela Cajiga, y el doctor Nils Helander.

SEÑOR URIARTE (Daoiz).- Es un honor estar aquí y, además, una obligación como Universidad de la República colaborar con el Parlamento. Por lo tanto, cuenten con nosotros cuantas veces sea necesario.

En primer lugar, quiero disculpar la ausencia del doctor Cantón. En este momento, está haciéndose un hisopado, y como no tenía seguridad de su situación, optó por no

concurrir. Luego, me voy a referir a la posición que él me pidió que les trasmitiera, que no es muy distinta a la del Instituto, pero tiene algún matiz particular.

Quiero señalar que dentro del Instituto se realizaron reuniones a estos efectos y hay consenso en la viabilidad de que aprobar una norma que habilite la eutanasia y el suicidio asistido no vulnera ninguno de los tratados internacionales ni encontramos ninguna inconstitucionalidad al respecto. Esto es importante, porque hoy lo primero que uno tiene que hacer frente a una norma es estudiar lo que se llama la convencionalidad, el test de convencionalidad. Para eso, nos remitimos, en principio, a la Convención Americana sobre Derechos Humanos y también a otros pactos, por ejemplo, al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y a otros que pueden estar ligados a los temas de discriminación, genocidio, etcétera. De esa revisión que realizamos no encontramos nada que pudiéramos entender que vulnera esos criterios establecidos en los pactos.

También nos parece importante señalar que para nosotros la eutanasia no debe encararse como el derecho a morir, sino como el derecho a la vida digna. En ese sentido, el concepto de vida para el derecho es un concepto social. ¿Qué queremos decir con esto? Que no es exclusivamente biológico; tiene que ser la vida desarrollada en condiciones satisfactorias que le permita a la persona desarrollar, aun en forma limitada, determinados derechos para satisfacer sus necesidades básicas desde el punto de vista intelectual, psicológico y social. Pero es por ello que, aun así, quienes cometan las violaciones más graves para nuestro derecho no pueden recibir pena de muerte, aunque en su momento la tuvimos. Desde 1905 eso no existe más en nuestro país. Además, Uruguay ha suscrito diversos tratados en contra de la pena de muerte.

¿Cuál es la naturaleza del derecho a la vida? Cassinelli Muñoz decía que es un derecho subjetivo perfecto. ¿Qué quiere decir eso? Que es un derecho que no puede ser limitado, porque la limitación implica necesariamente la extinción. Pero no es el único derecho subjetivo perfecto. También lo es, por ejemplo, la integridad física. No es admisible la tortura ni ningún tipo de mutilación. El derecho subjetivo perfecto no quiere decir que esto implique una jerarquía entre los derechos, sino que el sistema de los derechos humanos trata de hacer una evaluación, una armonización de derechos, y esto es muy importante. ¿Cómo se hace esta armonización? A través de determinados principios, como los de la razonabilidad, la proporcionalidad y la equidad.

En nuestro derecho muchas veces se han priorizado otros derechos sobre el derecho a la vida. Por ejemplo, el honor dentro de nuestra Constitución, desde 1830 hasta hoy, es uno de los derechos individualizados en el artículo 7º, y muchas veces ha estado puesto por encima del derecho a la vida. Me refiero al duelo, hasta fines de la década del ochenta; antes de eso, estaba la pena de muerte. Pero también hasta fines de la década del noventa hay que recordar que estaba en nuestro Código Penal, por ejemplo, el infanticidio, que era la muerte de un niño menor de tres años por móviles de honor. También se puede ubicar dentro de eso otras situaciones en las que seguimos priorizando o admitiendo esa posibilidad; por ejemplo, los casos de legítima defensa. Es más: en la última modificación se establece que en la defensa de la propiedad uno puede llegar a matar a alguien y sin que eso sea un delito; no constituye tampoco un delito exonerado de pena como lo es el homicidio piadoso.

En particular, además, el artículo 44 de la Constitución consagra que todo el mundo tiene la obligación de cuidar de su salud. Pero ¿cuál es la *ratio legis* de este sentido? Uno tiene que cuidar su salud, porque vive en sociedad y, si no la cuida, puede afectar la salud de los demás. Pero, inclusive, en el cuidado de la salud hay cosas que nosotros no podemos hacer; por ejemplo, no podemos dar una transfusión a alguien que no la quiere recibir. Ahora, en la pandemia, se hablaba de la vacunación obligatoria o no. La

vacunación obligatoria nunca iba a hacer que me agarraran del brazo y me encajaran la vacuna. Significaba que para poder laburar o cosas por el estilo debía tener un cerificado de vacunas, pero no significaba que me pudieran vacunar.

Por otro lado, también existen posibilidades de que uno pueda autolesionarse. La autolesión no está penada en nuestro derecho, ya sea, por ejemplo, en el caso de las mujeres que deciden hacerse una operación para atarse las trompas o en el de los hombres que deciden eliminar su posibilidad de reproducción o hacerse un tatuaje o, inclusive, algún tipo de mutilación; eso no está penado en nuestro país, de la misma forma que tampoco lo está la tentativa de suicidio. ¿Por qué no está penada la tentativa de suicidio? En el pasado, en otros ordenamientos jurídicos estuvo penada, pero ahora, prácticamente, no conozco ningún ordenamiento que tenga penada la tentativa de suicidio. Obviamente, el suicidio no se puede penar, pero la tentativa estaba penada por razones morales y religiosas, que fueron cambiando a lo largo del tiempo.

Nosotros hemos estudiado lo que ha sido la evolución de la jurisprudencia, y ahora los colegas se van a referir a ello. Esto es muy importante porque la jurisprudencia es la madre de esta evolución en muchos aspectos, ya que generó que después hubiera ordenamientos jurídicos que establecieran leyes al respecto.

La idea es que hable, primero, la doctora Cajiga; después, el doctor Helander, y al final, voy a intentar hacer un resumen de la exposición.

SEÑORA CAJIGA (Mariela).- Buenos días.

Muchas gracias por la invitación, que recibimos con mucho agrado.

Más allá de lo que dijo el doctor Uriarte, capaz que se repiten algunos conceptos. Si ustedes me permiten, voy a leer un poquito, para no perder el hilo.

Como se habrá dicho en innumerables ocasiones en esta sala, la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido son controvertidos, como toda cuestión social y jurídica, pero en este caso de manera particular.

Desde la Edad Media, pasando por el siglo XX, la sociedad se relacionó de manera diferente con la muerte; desde saber que cuando la muerte se acercaba, se dejaba todo en orden para ese momento, hasta cuando se llega a la transformación de la medicina como consecuencia de lo que son los adelantos científicos y la relación médico- paciente, concretados en lo que se denominó el consentimiento informado y la autonomía de este último.

Las regulaciones jurídicas con respecto a la eutanasia, si se hace un estudio bastante profundo, no son numerosas y, generalmente, todas corresponden a países desarrollados. La eutanasia y el suicidio asistido plantean la existencia de un poder que, como tal, puede ser objeto de abuso y, por otro lado, está el respeto irrestricto de los derechos fundamentales que aseguran a las personas esa libertad en la decisión. El enfoque de este tema supone tomar conciencia de que por sus características propias y consecuencias se requiere un tratamiento específico. Si se va a al derecho constitucional -esto lo digo porque también integro el Instituto de Derecho Constitucional-, la discusión de este problema está en la agenda de muchos países hoy, y Uruguay es uno de ellos.

No los voy a aburrir con las sentencias; incluso, algunas están mencionadas en la exposición de motivos de los proyectos, como, por ejemplo, las de Colombia y las del Estado de Oregon. Las voy a pasar por alto, porque ya está dicho.

Precedentes legislativos y constitucionales también se han dicho. En lo referente a lo constitucional, los artículos 10 y 44 pueden ofrecer lecturas; desde nuestro punto de

vista, los proyectos no son inconstitucionales a ese respecto. Me permito decir solamente que el párrafo primero del artículo 44 de la Constitución establece: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes […]". Esos términos que aparecen en el artículo 44 -físico, moral y social- en derecho hemos aprendido que son conceptos jurídicos indeterminados. ¿Por qué? Porque el perfeccionamiento físico, moral y social del constituyente de 1967, seguramente, no es el concepto del constituyente ni del legislador de hoy. Esto, al decir de Néstor Sagüés, puede ser que sean imprevisiones inconstitucionales, pero no son imprevisiones inconstitucionales malas. Puede ser -lo digo con las palabras de Sagüés- porque el constituyente en ese momento no pudo prever los cambios que se podían dar o a veces sí y no los quiso dejar plasmados por alguna razón o algunas veces por puro hedonismo.

Paso a los precedentes constitucionales: como dijimos, los artículos 10 y 44 de la Constitución; después, está toda la regulación del Código Penal uruguayo -creo que ya la han visto- mediante el artículo 37; la ley de la Administración de los Servicios de Salud; la obligación de los pacientes o usuarios a los servicios de salud. Bueno, todo eso: los proyectos.

Me voy a referir ahora a algunas cuestiones relativas al concepto de dignidad del que, seguramente, ustedes deben haber oído muchísimo y saben bastante -al menos más que yo-, y que es central en derechos humanos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos utilizó el concepto de "vida digna" o "existencia digna", específicamente, para dotar de contenido y protección al derecho a la salud. El problema que se plantea es que la expresión "vida digna" es usada en el discurso jurídico de la Corte Interamericana de Derechos Humanos con distintos alcances y, a veces, no existe unanimidad en su significación.

La discusión gira en torno a dos problemas centrales. Por un lado, el problema de la fuente de la que deriva, es decir, nociones autonomistas u ontológicas y, por otro, el de las funciones del concepto, en virtud de las cuales se encuentran los que entienden que la dignidad es un derecho, frente a quienes sostienen que es el fundamento de los derechos. O sea ¿qué nos dice la definición de derechos humanos? Que el concepto central de derechos humanos estriba en el concepto de dignidad, y hay ríos de tinta escritos sobre eso.

El concepto de dignidad es usado, en estos casos, como un criterio de interpretación para ampliar el contenido de los derechos humanos.

Ahora me voy a referir a lo que a mí me parece. No es lo mismo el derecho a la vida que el derecho a una vida digna. El derecho a la vida puede existir por sí solo, pero cuando se le exige el atributo de la dignidad se elevan los requisitos mínimos para considerarlo satisfecho. Desde el caso Ximenes Lopes versus Brasil del año 2006, la Corte Interamericana comienza a desarrollar un concepto de dignidad ligado al de la autonomía de la persona. En este sentido, la Corte entiende que el consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la práctica médica, que se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo con su plan de existencia. Es decir, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma, que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona. Quiere decir que a través del consentimiento informado, la dignidad, como autonomía, se concretiza en el propio derecho positivo.

Evidentemente, no hay un consenso universal al respecto. Se pueden desarrollar algunos argumentos a favor de la eutanasia y de la autonomía de la voluntad o de la autodeterminación del propio horizonte vital, con la ayuda de conceptos como el cuidado

de sí mismo o el cuidado de la muerte y dignidad humana, los cuales están íntimamente ligados. ¿Qué es el buen morir? Es el cuidado o, mejor dicho, el tratamiento por parte de los especialistas. Si la dignidad humana es un presupuesto básico y radical de las personas, entonces, el cuidado de la muerte y la eutanasia comprendida en ella también lo deben ser, ya que los dos están inscriptos en la vida misma.

En base a esto, creemos que los dos proyectos que están a consideración están bien estructurados; hay que definir qué se entiende por dignidad y por autodeterminación de la persona. El Instituto cree que eso es muy importante.

Otra cuestión es que en los proyectos se podría incluir -capaz está establecido y yo no lo entendí así- que el Ministerio de Salud Pública publique anualmente informes, obviamente anónimos, en los que se recojan todos los datos relativos a la eutanasia y/o suicidio asistido, para permitir una mayor transparencia, como se ha hecho en legislaciones comparadas. Echar mano a las legislaciones comparadas puede ser de ayuda, pero hay que tener en cuenta la idiosincrasia del Uruguay. Eso es lo que, más o menos, tratamos de expresarles con esto.

SEÑOR HELANDER (Nils).- Mi participación apunta a reseñar brevemente el aporte del derecho internacional de los derechos humanos a este tema.

Como ustedes saben, la aplicación del derecho, desde hace unas cuantas décadas, ha quedado conformada por el derecho interno y el derecho internacional. No es posible legislar ni reformar la Constitución sin tener presente lo que el derecho internacional aporta.

En cuanto a este tema, queremos hacer particular referencia a las normas provenientes de la Organización de las Naciones Unidas y a las del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Como ustedes saben, el sistema proveniente de Naciones Unidas se compone de un conjunto de declaraciones y tratados, los que, a su vez, son interpretados por los órganos de supervisión de los Estados, es decir, los comités de los tratados, que emiten las observaciones generales, y el Consejo de Derechos Humanos.

En cuanto a los aspectos normativos, está claro que tanto de la Declaración Universal como del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos -no voy a leer los artículos para no aburrirlos- surge un mandato de protección a la vida, es decir, surge el reconocimiento y la garantía, como obligación de los Estados, de proteger la vida de las personas que habitan en su jurisdicción.

Con respecto a los pronunciamientos concretos, he de mencionar la Observación General Nº 36 del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, encargado de la supervisión del cumplimiento de las obligaciones de los Estados parte en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. La Observación General Nº 36 refiere al artículo 6º del Pacto de los Derechos Civiles y Políticos, que refiere al derecho a la vida y es muy reciente; fue distribuida el 3 de setiembre de 2019. Con respecto a este tema, en el numeral 9) de la página 2 se expresa que en los Estados parte en los que se permita que profesionales médicos brinden tratamiento o medios para facilitar la terminación de la vida de adultos que sufran, como los enfermos terminales aquejados de graves dolores y sufrimiento físico mental y que deseen morir con dignidad, se debe velar por que existan salvaguardias legales e institucionales sólidas, para verificar que los profesionales médicos se atengan a la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes, a fin de protegerlos de presiones y abusos.

En definitiva, en dicha Observación el Comité reafirma dos estándares básicos que componen el alcance del derecho a la vida. Esto está mencionado en los numerales 10 y 18, páginas 3, 4 y 5 de la Observación General Nº 36. Primero, los Estados tienen el deber de proteger la vida; segundo, está prohibida la privación arbitraria de la vida, por lo que, pese a ser un derecho inherente a la persona, el derecho a la vida en tal sentido no se considera como absoluto, dado que puede haber casos en que dicha privación no reúna ese requisito de arbitrariedad.

Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU que se encarga, precisamente, de supervisar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, emitió la Observación General Nº 14, relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Esta es una Observación distribuida en agosto de 2000. Allí se indica, en lo que refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, que el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la Observación General Nº 6, "reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud, que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Estas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos, medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad".

Es decir que podríamos reseñar a estas dos opiniones como las más relevantes de los comités de supervisión de los tratados.

Pasando ya al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, los órganos del sistema interamericano, que son la Comisión y la Corte Interamericana, se han pronunciado sobre el alcance del derecho a la vida digna y al proyecto de vida, aunque hasta la fecha no ha habido un caso concreto que refiera a la temática relacionada con los proyectos a estudio. Sin embargo, en un famoso caso, que no refiere exactamente a estos temas, pero que tiene relación, que es el caso Artavia Murillo y otros versus Costa Rica, la Corte analiza el alcance del artículo 4° de la Convención Americana, vinculado a una temática de previsión de fecundación *in vitro*, y la Corte concluye que el derecho a la vida no es un derecho absoluto, sino que su protección admite limitaciones excepcionales, siempre que cumplan ciertos requisitos. No obstante, la doctrina internacionalista interamericana, representada, en este caso, por la doctora Cecilia Medina Quiroga, una ilustre jurista chilena que fue presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha opinado sobre este tema de la siguiente manera: "El problema se presenta, sin embargo, con la eutanasia, situación en la que se ayuda a morir a un enfermo terminal que sufre. No hay duda de que entran a jugar aquí consideraciones de humanidad que no pueden ser desechadas fácilmente. Un argumento a favor de permitir la eutanasia puede basarse en la prohibición absoluta de someter a una persona a tortura o a un tratamiento cruel e inhumano degradante, ya que es posible argumentar que, en cumplimiento de esa prohibición, no sería justificable criminalizar sin excepciones una acción humanitaria que pretende poner término a un sufrimiento grave y sin posibilidades de solución, y que se lleva a cabo en cumplimiento de los deseos del enfermo. El Comité de Derechos Humanos, enfrentado al examen del problema, no ha sostenido que la eutanasia sea incompatible con el derecho a la vida y que, por lo tanto, el Estado debe prohibirla sin excepciones, pero sí ha hecho saber la necesidad de que sea cuidadosamente regulada y de que este establezca los controles necesarios para asegurar que los resguardos de la ley se cumplan en cada caso".

En conclusión: lo que podemos plantear desde nuestro aporte, desde nuestra visión de los proyectos presentados, es que, en el estado actual de evolución del derecho

internacional de los derechos humanos, ni uno ni otro proyecto contravienen normas o recomendaciones de los comités que puedan comprometer la responsabilidad internacional del Estado uruguayo.

Eso es lo que yo quería decir.

Muchas gracias.

SEÑOR URIARTE (David).- Voy a redondear un poco y referirnos concretamente a los proyectos que están en discusión.

Hemos visto que ambos proyectos tienen fortalezas y, en algunos casos, nos merecen algunas objeciones. Partimos de la base de que para nosotros la vida es un derecho, pero no es una obligación; no es que haya un mandato constitucional de que uno tenga que vivir a como dé lugar, y creo que eso es lo que se recoge en estos proyectos: la autonomía de la voluntad. Y esto es lo importante. No se está autorizando a que alguien mate a una persona, sino que es una decisión de la persona, donde, por un lado, está la persona que lo realiza y, por otro, la que solicita la ayuda para realizarlo. Creemos que en ese sentido es importante la parte testimonial. O sea, no puede ser solo una situación médico- paciente, sino que es conveniente que haya testigos, y que esos testigos no necesariamente deban manifestar la situación por escrito, sino que puedan hacerlo de manera audiovisual, porque sabemos que, quien está en esa situación, no siempre puede escribir.

Por supuesto que creemos que hay que derogar o modificar, en cierta forma, el artículo 46 del Código de Ética porque sería incompatible, pero también hay que salvaguardar la objeción de conciencia del médico.

En el caso de que la resolución considere que se realiza como una prestación de salud, lo cual es posible, porque en la legislación comparada -como puede ser la belga, la holandesa o la española- hay una prestación, el que no tendría la objeción de conciencia sería el prestador, que tendría que recurrir a otro profesional que no se sienta con problemas de conciencia al respecto.

Creemos que sí sería conveniente dotar a estos proyectos de alguna garantía adicional. El profesor Cantón me pidió que trasmitiera su opinión de que se debería contar con alguna garantía judicial. En particular, comparto esa posición, aunque, obviamente, dada la situación, tiene que establecerse en una forma muy rápida. La experiencia española, que es la única que establece una comisión antes de llegar a la situación, ha demostrado que se puede burocratizar esa situación. Ahora, nosotros tenemos normas a nivel judicial que sí funcionan bien; por algo la Constitución establece que un juez tiene que tomar la decisión dentro de las cuarenta y ocho horas antes de la situación, además de la acción de amparo y otras acciones de ese tipo.

En realidad, sí podríamos establecer un requisito mínimo, como ser, por ejemplo -y no pretendo entrar en el área legislativa, sino tirar alguna idea–, la participación del fiscal -dado que la penalización se mueve a instancias fiscales–, y que se constituya dentro de las cuarenta y ocho horas de recibida la solicitud, para conversar directamente con la persona, y que la persona pueda tener la voluntad y una mínima seguridad de que la opinión ha sido refrendada por otros profesionales. Eso se puede realizar en cuarenta y ocho o setenta y dos horas. Por supuesto que en las situaciones terminales, a veces, es muy difícil, pero como estamos abarcando algunas otras situaciones que no tienen un plazo tan definido de finalización, creo que sería conveniente trasladarlo.

Debemos recordar, a estos efectos, que el artículo 10 de la Constitución es muy claro en el sentido de que todo lo que no está expresamente prohibido, está permitido. Y

vuelvo a reiterar que si no hay castigo, si no está prohibida la tentativa de suicidio… Es decir, la autonomía de la voluntad, hoy, a nivel constitucional, esta posibilidad existe.

Quería referir a eso conjuntamente con lo que planteaba la doctora Cagigal: deberíamos elaborar estadísticas con respecto a cómo va evolucionando la situación.

Quiero recordar que, por ejemplo, en el caso de la legislación belga, aunque es *a posteriori*, la Universidad también participa de la comisión y, particularmente, la parte jurídica, porque, evidentemente, lo que hay que evitar es que quede algún tipo de sospecha sobre la transparencia de la voluntad de la persona y, además, de que esa voluntad no haya sido manipulada. Creo que, cuando uno estudia la razón por la cual la determinación o ayuda al suicidio está castigada en el Código Penal, nota que es fundamentalmente por la manipulación de la voluntad que se pueda hacer en determinada circunstancia. Ese es uno de los aspectos que me parece que deberíamos tomar en cuenta, por supuesto, dando garantías. La idea no es que la Fiscalía pueda opinar sobre la situación fáctica, sino, simplemente, dar la tranquilidad de que, efectivamente, la persona manifestó la voluntad y de que no existen *prima facie* otras situaciones, como puede ser un entorno familiar de herencia o cosas por el estilo que puedan complicar la situación. Esto se puede hacer muy rápidamente siendo muy claros en lo que sería esa intervención judicial.

Quedamos a disposición para responder consultas.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Voy a hacer tres preguntas breves, y aclaro que, como hemos hecho otras veces, no requiero respuesta ahora, sino que puede ser enviada posteriormente.

El primer punto sobre el que me interesa saber la posición de la cátedra es si los derechos humanos son renunciables, es decir, si uno puede renunciar. El doctor puso ejemplos en cuanto a los tatuajes, pero hay otros ejemplos que tienen que ver con la integridad física, como cortarse miembros que puedan afectar la vida, naturalmente hecho por un tercero. Entonces, si puedo ir a un médico y decirle que quiero cortarme los dos brazos y las dos piernas, si puedo renunciar a mis dos brazos y mis piernas y a un ojo, y si el médico lo hace, quisiera saber si el Estado debería aceptar esa renuncia a esos derechos.

Podría poner otra cantidad de ejemplos, como el derecho a ser sometido de las formas más violentas por otra persona de igual o diferente sexo, y el Estado sabiendo que eso está sucediendo en una casa, el Estado tiene que permanecer… Como es una renuncia, yo renuncio… Recuerdo algunos casos cuando ejercía: yo tengo la tobillera, pero renuncio a ella, y la policía o el Estado tienen que aceptar que renuncio a la tobillera porque quiero tener relaciones con la pareja, en este caso.

Acá hay un tema sobre el que me interesa mucho saber qué opina el Instituto: es el referido a si los derechos humanos son renunciables porque, a mí -soy abogado-, realmente, me cuesta entender cómo podría yo garantizar en el futuro los derechos si le digo al Estado: "Yo renuncié", y el Estado tiene que aceptar mi renuncia.

En cuanto al segundo punto, debo decir que escuché con mucha atención el tema de la dignidad, más allá de sus diferentes concepciones, como fundamento -como dijo la doctora- o como derecho. Ahora, en cualquier caso, siguiendo el razonamiento de la doctora, estamos hablando de igual dignidad de todas las personas. Si es igual dignidad, una de las cuestiones que me planteo ante un proyecto de estos es, entonces, mi autonomía. La autonomía es para todos, y a mí nadie me puede decir que no tengo sufrimiento insoportable. De hecho -como ustedes saben y no escapa a ninguno–, hay causas muy diversas para los sufrimientos insoportables que pueden ser orgánicas, pero

hay muchas que no son orgánicas, que son existenciales. Además, hay casos como los de los presos en los infiernos de las cárceles que hace décadas tenemos en Uruguay. Yo quiero saber si allí una persona no tiene derecho a decir que está padeciendo "un sufrimiento insoportable, y yo tengo esa dignidad". Entonces, si igual dignidad tenemos todos y ustedes han dicho hoy -lo comparto- que no se puede discriminar la dignidad -de hecho los tratados lo están diciendo-, el derecho a morir anticipadamente debería ser para todos quienes sientan que ya su vida no tiene la calidad que escuché decir a ustedes que es un elemento que se tiene en cuenta.

El tercer punto que voy a mencionar, para mí, es muy importante y me gustaría que informaran sin apuro. El doctor Helander hizo referencia a tratados -me gustaría que nos los pudiera acercar porque, naturalmente, no los tengo a mano-, y yo fui anotando una serie de requisitos que las cortes y los comités establecen o, por lo menos, lo que yo escuché que el doctor enumeró. Por ejemplo, siempre se habla de adultos mayores y enfermos terminales. Esos tratados que el doctor leyó hoy siempre hablan de situaciones muy excepcionales, y también escuché al director Daoiz Uriarte, que dijo que es lo que debe controlarse. Para controlar eso la Comisión debería tener claro cuáles son los requisitos excepcionales que los tratados internacionales establecen, a efectos de que en el día de mañana, si se aprobara una ley, no incurramos nosotros en un incumplimiento con la OEA o la ONU. Entonces, me interesaría saber cuáles son. Capaz que el doctor leyó algunos y no se trata solamente de adultos mayores o enfermos terminales. Como los proyectos abarcan otros casos, me gustaría tener esos requisitos.

Finalmente, quiero referirme a las garantías que planteó el doctor Daoiz Uriarte. Es la primera vez que escucho en esta Comisión la posibilidad de que sea una cuestión judicial. La ley debería establecer claramente cuáles serían los requisitos que el juez debería tener presente; entre otros -termino-, no escapa a nadie que una persona que pide la muerte, en su autonomía, en la enorme mayoría de los casos es porque su vida le resulta insoportable -es de sentido común- y, por eso pide la muerte; prefiere la muerte antes que la vida. Esa situación insoportable puede tener soluciones; yo sostengo que todas tienen soluciones, pero en cualquier caso esas situaciones de insoportabilidad hacen que la persona esté en una condición psíquica, por lo menos, sospechosa. Eso es lo que han dicho, por ejemplo, hace dos meses los psiquiatras de Irlanda que se oponen terminantemente a aplicar la ley de eutanasia.

Creo que el Instituto nos puede ayudar a ir avanzando en estas garantías que se van planteando, que en la eventualidad de aprobarse una ley se deberían tener presente.

Gracias, presidenta.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Ha sido un gusto escuchar la disertación.

Tomé nota de algunos aspectos que creo que van a aportar al proyecto de ley. A título informativo, digo que hay voluntad política del Partido Colorado y del Frente Amplio de unificar los dos proyectos en uno, y en ese sentido estamos trabajando. Por eso, estos aportes pueden incorporarse en ese nuevo proyecto que estamos redactando.

Hay uno que me interesó mucho, que es el tema de las garantías. Estamos de acuerdo con la eutanasia, pero tenemos que dotar al proyecto de las máximas garantías para que esto no quede en esa nebulosa y haya una sombra negra que esté atrás de este tema.

En la última reunión que tuvimos con el diputado Ope Pasquet y con la diputada Lustemberg surgió la posibilidad de dotar de más garantías, y teníamos ciertas dudas acerca de cuáles; es decir, si podría tratarse de una tercera consulta médica o si en el proyecto de ley se debería delimitar, entre las dos solicitudes que hace el paciente,

algunas entrevistas específicas para que el paciente y el médico tratante puedan decidir. Otra de las hipótesis que manejamos es la que tiene que ver con la fase judicial, en el sentido de que alguien controlara si el procedimiento se ajusta a lo que determina la ley, en cuanto a los plazos, a los tiempos y a la cantidad de consultas. Pero teníamos dudas de quién. Un tercer médico no tiene mucho sentido porque es muy difícil que opine distinto de los otros dos. Pensamos que podía ser el abogado de la institución prestadora de salud. Y ahora se puede incorporar esto del fiscal, que le daría muchísimas más garantías. En ese sentido, nos gustaría que nos pudieran acercar una breve redacción, un breve concepto, de cómo sería, porque tengo dudas sobre el momento de la participación del fiscal en las cuarenta y ocho horas. Si una vez transcurrido todo el plazo de las dos consultas médicas, de las dos entrevistas separadas por diez días, en qué momento si antes obviamente de practicar la eutanasia, se cumple y queda registrada la voluntad del paciente; reitero: en qué momento, porque eso sería muy importante determinarlo.

Entonces, teniendo en cuenta la experiencia que tienen ustedes, quisiéramos saber si nos podrían acercar su visión para que podamos tomarla en esta nueva redacción.

El otro aspecto que quería mencionar -que también es polémico- tiene que ver con la derogación del artículo 46 del Código de Ética.

Por lo que hemos escuchado de parte de muchos juristas, una ley deroga a otra ley -no habría ningún inconveniente en ese sentido-, pero también tenemos que decir que donde está sentado el director estuvo sentado el doctor Correa Freitas, quien dijo exactamente lo contrario a lo que nosotros pensamos, es decir, que una ley no se podía derogar tan fácilmente. A nuestro entender, y por lo que nos han dicho, parecería que sí se puede porque tiene que ver con la interpretación; no con quien legisla, sino con quien aplica la norma. Entonces, por ejemplo, quien está interpretando una norma que ya está escrita, puede decir: "Esta es una ley especial, y tiene más rango que esta otra ley". Sin embargo, cuando uno está redactando una norma, se tiene derecho a derogar lo que se quiera.

Entonces -tengo que introducir todo esto para hacer la pregunta concreta-, ¿una sociedad puede ser rehén de un colectivo equis? Supongamos que el colectivo del Colegio Médico determinara un plebiscito y todos los médicos, o la gran mayoría, se opusieran al cambio del Código de Ética Médica, ¿la sociedad sería rehén de eso? O sea, ¿los legisladores no podríamos legislar? ¿Nos quedaríamos de brazos cruzados, esperando la resolución de un colectivo? Aclaro que está hablando un médico y no un abogado.

Simplemente, hago esta pregunta porque para nosotros es muy importante a los efectos de aclarar. La gran mayoría de los juristas dice que una ley deroga otra ley, pero tuvimos al director del Instituto sentado ahí; por eso hago la pregunta.

Gracias.

Disculpe la extensión, señora presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Está bien; la intención es que los diputados puedan dar contexto a las preguntas, pero lo cierto es que tenemos que ajustarnos al tiempo de que disponemos.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- En primer lugar, quiero agradecer a los integrantes de la delegación por su exposición.

En lo personal, además de diputado, soy médico del interior -como el diputado Gallo-, y allí se da una situación muy particular, y que no refiere tanto a lo que pueden

heredar los familiares con la muerte del paciente. En realidad -esto es lo que más vemos y que más me preocupa personalmente-, cuando la familia se tiene que hacer cargo de una persona mayor, esa persona pierde su capacidad de independencia, de moverse y, prácticamente, puede desear la muerte, o puede desear la muerte o puede ser inducida a desear la muerte. Entonces, a mi criterio, tiene que haber, y es muy importante, esa comisión, o el fiscal, o alguien más que esté entre las dos opiniones médicas, Por eso creo que es importante que nos sugieran cosas.

La Comisión contó con la presencia de un holandés, quien nos informó que en ese país hay una comisión solo para después de la muerte. O sea que luego de consumado el hecho en el cual no hay vuelta atrás, la comisión analiza si hubo delito o no, si esa muerte fue criminosa o fue legal.

Entonces, a mi criterio, es muy importante que tengamos seguridad.

Con respecto a lo que planteó el diputado Gallo en cuanto a que esa tercera persona podría ser el abogado de la institución médica, yo no quisiera que fuera así, porque el abogado puede ser parte del tema de la muerte. Entonces, no debería ser esa persona; debería ser alguien de fuera de la institución quien decidiera eso, porque el abogado puede ser parte del deseo de la muerte. Vaya a saber uno qué pasa. Y le complicaría la vida al abogado, a la institución médica. Yo diría que debería ser una persona independiente; puede ser alguien de la Fiscalía o quien ustedes nos sugieran. Sin duda, eso es muy importante para tomar decisiones en el futuro.

Muchas gracias. Ha sido muy ilustrativo su planteamiento.

SEÑOR URIARTE ARAÚJO (Daoiz).- En primer lugar, voy a referirme a los derechos irrenunciables.

Los derechos son irrenunciables e indisponibles. ¿Qué significa esto? Que no están dentro del comercio de los hombres, pero no tienen que ver con la voluntad. Por ejemplo, uno puede decir que el derecho a la libertad es irrenunciable e indisponible, pero yo puedo hacer un contrato para trabajar ocho horas.

(Diálogos)

——Pero no puedo hacerlo por veinte horas; no puedo convertirme en esclavo. Esto está claro. ¿Por qué? Porque hay normas que son de orden público. Por eso es importante lo que establece el artículo 10: Todo lo que no está prohibido está permitido. Cuando decimos lo que está prohibido es lo que está prohibido que yo pueda hacer aunque limite, inclusive, la autonomía de mi voluntad. Por eso insistí tanto en que si no está prohibida la tentativa del suicidio, es porque el suicidio, aunque no es algo querido, no está prohibido. Obviamente, el suicidio nunca se va a castigar, si lo logré. Por ejemplo, una persona puede decidir sacarse un ojo o una pierna; no tenemos un caso para saberlo, pero los que sí sabemos son, por ejemplo, los que se decide privar de la capacidad de reproducción, y no cabe ninguna duda. Alcanza con que vayan al médico y le diga lo que quieren hacer. Entonces, les hacen firmar el consentimiento, y hacen el procedimiento médico.

(Interrupción del señor representante Luis Gallo Cantera)

——O alguien puede querer sacarse las mamas para prevenir el cáncer.

Entonces, yo razonaría por la inversa. ¿Hay alguna norma específica que me prohíba a mí quitarme un brazo? No la hay. Claro, es muy raro que alguien pida que se le saque un brazo; no hay. Ahora, si ese brazo estuviese afectado… Es una casuística. Lo cierto es que hay lesiones consentidas, importantes; importantes. Si yo me corto una

oreja, como hizo Van Gogh, nadie me va a meter preso; capaz que se les ocurre internarme por un problema psiquiátrico, pero no porque eso esté prohibido.

Entonces, se plantea la indisponibilidad y la irrenunciabilidad de los derechos para evitar que se vulneren a través de la autonomía de la voluntad del orden público, pero no quiere decir que yo no tenga autonomía con mi propia persona. Por lo tanto, si no hay una prohibición expresa, yo tengo total libertad para actuar.

Yo no puedo hacer un contrato por veinte horas de trabajo porque hay una ley que dice que no puedo trabajar más de ocho horas, y si bien puedo hacer horas extra, es con un máximo determinado. Asimismo, no puedo renunciar a mi derecho al salario; es más, no puedo hacer un convenio -no sería válido- por menos del salario mínimo. ¿No sé si estoy respondiendo lo que se ha consultado? Creo que es un poco por ahí.

De todas formas, podemos colectivizar esto en el Instituto y enviar su posición. Quiero aclarar que cuando se planteó, esto dijimos: "Las posiciones del Instituto no se adoptan por mayoría y minoría; se van con las posiciones que haya en el Instituto, como corresponde a la Universidad de la República".

No recuerdo la segunda pregunta.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Refería a la discriminación y a la dignidad; para no discriminar con respecto a la dignidad, todos deberíamos tener derecho, por ejemplo, a disponer de nuestra vida.

SEÑOR URIARTE (Daoiz).- En realidad -ahora recuerdo perfectamente-, es muy claro que en los proyectos se habla de enfermedades incurables.

En cuanto al ejemplo que me planteaba el diputado Goñi, con respecto al tema de la cárcel, sí, indudablemente, hay situaciones inhumanas, con tratos crueles y degradantes, pero, en realidad, uno diría que eso es curable. "Es curable", poniéndolo entre comillas, pero quiero decir: ese preso puede recurrir al comisionado parlamentario, puede plantear una acción de *habeas corpus*, de amparo. Me pueden decir: "En los hechos no funciona". Bueno, en los hechos no funciona, pero cuando yo estoy frente a una enfermedad y los médicos me dicen que es curable, capaz que no me la curan, pero definen que es curable. Lo que pasa es que en el proyecto se habla de enfermedades irreversibles e incurables y nosotros, de alguna forma, sabemos cuáles son. Puede quedar la duda con respecto a los temas psiquiátricos, pero creo que esto se define muy claramente y, eventualmente, también ustedes podrían definir una forma de ir incorporando o sacando enfermedades. No la quiero complicar, pero podría haber una comisión médica que dijera: "Sabemos que el ELA no tiene solución"; "Sabemos que quien está en la situación de cuadripléjico no tiene solución"; "Las enfermedades terminales" -perdón, porque no soy médico-, oncológicas terminales, no tienen solución". Pero, ¿qué pasa? Si mañana alguna de esas enfermedades tuviera solución, cambiaría lo que está puesto en la ley. Esa es la opinión que tengo al respecto.

Con respecto al artículo 46, yo dije: eliminarlo o modificarlo. Es decir, ahí habría que ver.

Esta es una opinión muy personal: no siempre es bueno que los códigos de ética sean leyes...

(Diálogos)

——Yo creo que es un error que los códigos de ética sean leyes. Lo que sí la ley puede regular es que los códigos de ética no se conviertan en un factor de discriminación, en que la ética pase a ser una forma de control de la corporación. Pero eso es otra cosa.

De lo que no cabe duda es que si se hace una ley que dice: "Esto no es delito", no es delito. ¡Punto!; no hay vuelta de hoja. De todas formas, siempre es recomendable porque, como ustedes saben, hay derogación tácita y derogación explícita; cuanto más explícita sea, menos lugar a discusión hay.

Finalmente, respecto a lo que me planteaba el diputado de Mattos, realmente creo que sería conveniente la participación de la Fiscalía y poner, por ejemplo, que la Fiscalía concurra asistida de quien considere necesario -un técnico: puede ser un psicólogo, un psiquiatra, un médico- y, además, establecer que no estará en esa reunión con el médico. Digo, porque el médico ya le informó que hay una enfermedad incurable, ¿no? Bueno, para que no haya ningún tipo de presión. Pero esas cosas se pueden determinar.

(Diálogos)

SEÑORA PRESIDENTA.- Si dialogan, no queda registrado en la versión.

SEÑOR URIARTE (Daoiz).- Sí, disculpe.

Creo que lo mejor sería que nosotros nos comprometiéramos a hacerles llegar algunos comentarios, pero me gustaría que la doctora Cajiga explicara porque trabaja en el Poder Judicial desde hace muchísimos años, por lo que tiene mucha experiencia en los temas judiciales.

SEÑORA PRESIDENTA.- Bueno, proceda, por favor. Si no, nos quedamos con el compromiso de recibirlo por escrito.

SEÑORA CAJIGA (Mariela).- La Fiscalía es parte; entonces, si ustedes quieren estar seguros de que esto va a quedar bien, tendría que darse como un acuerdo con la persona que quiere practicar el suicidio asistido. Por ejemplo, la Fiscalía corrobora todas las garantías preestablecidas en la ley, en un plazo acotado -si no, es indefinido- lo lleva al Poder Judicial, a la competencia que se determine -civil, penal, la que sea- y lo que hace el juez es homologar ese acuerdo. Si las partes están de acuerdo, el juez controla la regularidad jurídica; es como el proceso abreviado en materia penal, salvando las diferencias. Es lo mismo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos muchísimo los aportes.

Por supuesto que, tal como lo venimos haciendo, cuando esté la versión taquigráfica se les va a remitir por parte de la Secretaría de la Comisión a los efectos de que puedan ampliar o clarificar parte de lo que han expuesto aquí.

SEÑOR URIARTE (Daoiz).- Si me permite, presidenta, nosotros nos comprometemos a hacerles llegar el informe respecto a lo que pedía el diputado Goñi y también algunas ideas, sin pretender invadir la competencia, sino como aporte con respecto a cómo podría solucionarse el tema.

SEÑORA PRESIDENTA.- Para nosotros es un aporte, y bienvenido sea.

Muchas gracias.

(Se retira de sala la delegación del Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de la República)

(Ingresa a sala una delegación de la Cátedra de Medicina Legal y Ciencias Forenses y de la Unidad Académica de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República)

(Ocupa la Presidencia el señor representante Alfredo de Mattos)

SEÑOR PRESIDENTE (Alfredo de Mattos).- Buenos días.

Recibimos a la Cátedra de Medicina Legal y Ciencias Forenses y a la Unidad Académica de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica integrada por el doctor Hugo Rodríguez Almada, director del departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses; la doctora Marianela Barcia, directora de la Unidad Académica de Bioética, y la licenciada Silvia Méndez, integrante de la Unidad Académica de Bioética.

Los escuchamos.

SEÑORA BARCIA (Marianela).- Buenas tardes.

Es un gusto participar en esta reunión.

Nosotros, junto con la licenciada, podemos comentarles lo que hemos reflexionado sobre los debates, la presentación de los proyectos de ley que nos hicieron llegar y, además, sobre qué herramientas podríamos aportar desde la bioética para poner luz en este tema.

Como ustedes saben, la bioética es una disciplina que une las humanidades con las ciencias de la salud; tal vez encontremos algunas herramientas que puedan ayudar a esclarecer dilemas entre conflictos, sobre todo, haciendo precisión en que las partes son válidas. Es un diálogo entre propuestas, ambas moralmente aceptables. Hago esta aclaración porque la bioética no va a aportar en un debate en el que se ponga de manifiesto una propuesta o se proponga matar gente o, por otro lado, hacer sufrir y agonizar a las personas. No es ese el debate en el que nosotros podemos aportar, sino que es un debate entre partes válidas en el que se identifican situaciones en las que existe un conflicto moral en el que hay dos soluciones y las dos son moralmente aceptables o viables.

En cuanto a los proyectos de ley, creo que podríamos contribuir, primero, en plantear la importancia de que se discuta el tema. Hay otros espacios en donde se generan conflictos y no ha tenido esta trascendencia y esta discusión. Y eso sí ha llevado a algunos riesgos: esto de la pendiente resbaladiza que está sobre el tapete, que se van haciendo como una bola de nieve, surgiendo problemas, precisamente, por no haberse regulado en base a una discusión profunda.

Creo que nosotros, como espacio académico, tenemos para aportar en esto, en primer lugar, en poder discernir cuáles son los casos sobre los que esta normativa podría legislar. Eso sería fundamental, porque muchas veces se hace como un listado exhaustivo, pero se pone todo en la misma bolsa, y no es así; podríamos identificar situaciones en las que estaría el dilema presentado, que son situaciones concretas, más allá de que están definidas en las propuestas y sobre todo en la implementación de esta normativa ¿De quién estamos hablando? Estamos hablando de personas que tienen sufrimiento, que están en situaciones irreversibles, terminales, haciendo un uso del término en el sentido de enfermedades que van a llevar a una muerte inminente. Entonces, ahí encontraríamos los conflictos y ahí sería donde la bioética podría dar herramientas a través de la deliberación. En general, en todas las instituciones hay comisiones de ética asistencial que podrían aclarar aún más la situación.

Resalto la importancia de legislar este tema, de que haya una discusión exhaustiva, que es socialmente necesaria, y de ver de qué forma se podrían identificar los casos que estarían amparados en esta normativa. No es lo mismo pensar en una persona que tiene un padecimiento psicológico que en una persona que tiene un padecimiento físico o en una persona con una situación que tiene que ver con su estilo o calidad de vida y que lo afecta también de forma irreversible. Creemos que esos casos merecen ser puestos sobre deliberación y argumentar en cada uno de ellos y ser vistos, cada uno de ellos. No

podemos pensar en que hay una generalidad para regularlos y que siempre va a ser de una forma o siempre va a ser de otra. La propuesta de la bioética es regular en general, pero nosotros particularmente tenemos que analizar cada uno de los casos. Y en eso es en lo que nosotros podemos contribuir; es decir, en dar herramientas para ver cuáles son esas situaciones, atendiéndolas, por supuesto, en el marco del respeto de los derechos humanos y de la dignidad humana. Eso ustedes ya lo han discutido y está contemplado en la normativa.

Ese sería el marco teórico en el cual nosotros vamos a plantear las soluciones.

Por último, me quiero referir a un tema que en general se plantea -esto en un contexto de cuidados en el final de la vida; ese sería el lugar desde donde nosotros podríamos abordar esto- : ¿cuáles son esos cuidados al final de la vida que incluyen los cuidados paliativos? Hoy en día, los límites de los cuidados paliativos están expresamente marcados por la asignación presupuestal y ese es el problema más grande, tanto para la formación de recursos humanos, como para su implementación en los servicios de salud. En un sistema de salud que tiene principios ya marcados, y en el que muchos no se están concretando, simplemente -"simplemente"; bueno, ni más ni menos-, por la asignación presupuestal, en ese contexto y a pesar de eso, creo que es importante que se regule la eutanasia y que sea discutida de esta forma.

(Diálogos)

——Podríamos pensar -como me acota Silvia Méndez- en el marco de la relación clínica, es decir, en cuál es ese espacio privilegiado que tiene el profesional de la salud o el equipo de salud para abordar a un paciente a través del diálogo, del conocimiento de la situación, a efectos de poder tomar una decisión. En eso es que nosotros podemos aportar, pero tiene que haber un marco jurídico que avale esta deliberación.

SEÑOR RODRÍGUEZ ALMADA (Hugo).- Le agradecemos mucho a la Comisión en nombre de todo nuestro equipo docente por la invitación.

(Ocupa la Presidencia la señora representante Lucía Etcheverry Lima)

——Queremos decir que sobre el tema de fondo, la definición que tenemos es que no tenemos que tener una definición. Es un tema de conciencia, en el que respetamos los valores morales de cada uno; por lo tanto, no es que nuestro servicio esté a favor o en contra. Sí estamos decididamente a favor de que se discuta este tema, de que no sea tabú y de que pueda deliberarse en los ámbitos académico y parlamentario, así como en el conjunto de la sociedad. De hecho, nuestro servicio ha promovido desde la primera iniciativa del señor diputado Ope Pasquet ateneos abiertos y distintas convocatorias académicas en forma plural para conocer los diversos argumentos que se esgrimen a favor o en contra de la eutanasia o del suicidio médicamente asistido. Yo mismo fui invitado a presentar un libro muy importante del doctor Diego Velasco, quien es frontalmente contrario a la eutanasia. Entendemos -este es otro consenso que tenemos en el equipo- que tanto las personas que están en contra como las que están a favor tienen argumentos para sostener sus respectivas posturas. En términos futbolísticos, no es un partido 5 a 0, en ningún caso; si fuera así, no estaríamos deliberando y no sería un tema de debate en Uruguay y en el mundo.

Antes de entrar a formular algunos comentarios puntuales sobre los proyectos, quería señalar que una de las dificultades que tiene esto es que gira sobre categorías que son totalmente polisémicas. Eutanasia significa una cantidad de cosas, desde la etimológica, "buena muerte", pasando por, en bioética de la investigación animal, la obligación de hacerla, hasta las distintas definiciones que puede haber en el campo de la salud humana.

El propio concepto de dignidad que se esgrime en uno y otro sentido es, también, un concepto polisémico que para algunos es sinónimo de vida y, por lo tanto, no es negociable ni renunciable, y para otros tiene que ver con el contenido que tiene la vida humana. O sea que partimos muchas veces de definiciones diferentes de las categorías, que impiden o dificultan tener un diálogo abierto a la opinión del otro.

El otro punto general es que nuestra propia legislación, de alguna manera, expresa la complejidad que tiene este debate. El ejemplo más obvio es el Código Penal, que penaliza el homicidio en el artículo 310 e incluye un artículo que le otorga impunidad al homicidio piadoso. Esto ha sido aceptado pacíficamente, prácticamente, hace noventa años; lo que quiero decir es que parece aceptado que hay situaciones en las cuales dar muerte no merezca pena y me refiero a muchas décadas atrás

Desde luego, estos proyectos tienen otro carácter: en primer lugar, porque lo limitan a los médicos y, en segundo lugar, porque lo regulan y lo reglamentan, y ya no sería una causa de impunidad, sino en todo caso una causa de justificación que excluye el delito al excluir la antijuridicidad.

El propio Código de Ética Médica se expresa de una manera muy tajante contra la eutanasia -tal vez, no haya otra norma que la excluya tan tajantemente-, porque habla de cualquier acción u omisión que provoque o acelere la muerte, o sea que incluye no solo el hacer, sino el no hacer y no solo que provoque este la muerte, sino que la aproxime y que la acelere. De manera que en un sentido piedeletrista la limitación del esfuerzo terapéutico, que es una opción absolutamente aceptable y que está por fuera de la discusión de distintas visiones, también podría quedar excluida en una aplicación estricta de esa lectura, pero el propio Código, dos artículos más adelante, le impone a los médicos la obligación de ayudar a morir con dignidad a los pacientes terminales, de acuerdo con sus propios valores. O sea que, efectivamente, esta propia ley, que es el Código de Ética Médica, que define a la eutanasia de una manera tan absoluta, en la misma sección establece una obligación que bien podría considerarse, en algunos casos, contradictoria con la anterior.

Entrando a formular comentarios puntuales de los proyectos, siguiendo el articulado -no voy a hacer un comentario jerarquizado, sino que voy a hacer menciones por artículo, por lo que quizás haya algunos que refieran a cosas realmente menores y otros a otras que no lo sean tanto-, para comenzar, referiré al artículo que lleva el nombre de eutanasia y suicidio médicamente asistido, que fue el primero que se elaboró. Nos parece que la definición del artículo 1° puede ser compleja en cuanto a que establece que el universo de personas que podrían acceder a la eutanasia o al suicidio médicamente asistido y eso es por usar la conjunción "o" en vez de "y"; así incluiría a cualquier persona "[…] mayor de edad, psíquicamente apta, enferma de una patología terminal, irreversible e incurable o afligida por sufrimientos insoportables, […]". O sea que una persona afligida por sufrimientos insoportables, pero que no fuera terminal, que no fuera irreversible o incurable también podría estar incluida y no sé si ese es el espíritu que tiene el legislador que lo propone o lo que se propone es una categoría que involucre ambas cosas: la terminalidad junto con lo insoportable de ese padecimiento.

En el inciso segundo del artículo 2° se habla -por eso les decía que me voy a referir a cosas menores- de que el diagnóstico "[…] hará precisa referencia a los estudios, análisis, etc. […]", y no nos parece que "etcétera" debería estar en la redacción de la norma legal, sino que se debería precisar realmente lo que se piensa que tiene que estar y no dejarlo en una formulación tan abierta.

Luego, hay un problema, y quiero señalarlo, aunque en la legislación comparada no es distinto, o sea que me parece que no se ha encontrado otra forma de hacerlo, y es que

la reglamentación a través de esos plazos de decisión, de reflexión y de ratificación de la voluntad, extendidos, en una persona que está padeciendo semejantes sufrimientos puede parecer hasta contradictorio con el espíritu, ¿no? Como que la garantía para el médico que lo hace es más importante que efectivamente aliviar esos padecimientos. Pero reconozco y confieso que no hay mucha diferencia con lo que se ve en la legislación comparada para poner una garantía de que no se practique este procedimiento de una manera rápida o poco reflexiva; es un poco lo de los cinco días de la reflexión para el aborto, pero aquí más extendido.

El artículo 6° nos parece que es sumamente criticable, ya que no es razonable que el médico que suministre la sustancia para el suicidio asistido sea responsable de las consecuencias si la persona hace otra cosa con la sustancia; mejor, entonces, que no haya suicidio asistido, porque es algo que, realmente, no es razonable. Si el mecanismo que se reglamenta es darle una sustancia a una persona para que cometa por su propia mano el suicidio, entonces, si la persona hace otra cosa con ella no nos parece que esté bien que el responsable sea el que se la dio, habiendo cumplido con la reglamentación previa.

En el artículo 7° hay dos cuestiones a señalar. Una -en algunas cosas son parecidos los dos proyectos- es la de dar cuenta a la Comisión de Bioética posteriormente al hecho; ahí uno podría preguntarse por qué no se le da cuenta antes o se la incluye en el procedimiento para que verifique si están dadas las condiciones y las garantías; si lo que se quisiera es que se diera una comunicación a la autoridad sanitaria de los intentos de suicidio u otros con fines epidemiológicos, como la notificación de los abortos, no parecería que fuera la Comisión de bioética la que correspondiera. La otra -para terminar con la consideración del proyecto- es que nos parece que no es clara la redacción del último inciso del artículo 7° cuando dice: "[…] 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". O sea, tiene que comunicarlo si la comisión entiende que hay un delito de naturaleza penal, pero no es claro o parece que da una vuelta en "un apartamiento relevante", como que eso equivaldría prácticamente a una denuncia penal; me parece que hay que decirlo con todas las letras o decir qué es un apartamiento relevante o decir cuando corresponda o atenerse a las normas generales de cuándo hay que denunciar un delito y cuándo no hay que hacerlo, pero no nos parece que esté muy ajustada esa redacción.

Con respecto al proyecto Eutanasia, voy a seguir la misma metodología. En los literales A), B) y C) del artículo 3º se establece lo que es necesario que se cumpla.

El literal B) dice: "No será de aplicación lo previsto en el literal anterior, en aquellos casos en los que el médico actuante certifique que la persona está en situación de incapacidad de hecho permanente". Acá no nos queda claro qué es lo que no es de aplicación.

(Interrupciones)

——El literal C) -les pedimos perdón por traer esta minucia- dice que dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica. Nosotros, académicamente, luchamos mucho contra considerar que el consentimiento es un papel; es la voluntad de una persona que acepta una propuesta, y no se puede incorporar eso. Sí se puede incorporar el formulario de consentimiento informado o registrarlo en la historia clínica. En este caso, parecería que la situación requiere un consentimiento por escrito y firmado. Puede preverse e incorporarse a la historia clínica, pero tendría que decir "formulario de consentimiento escrito y firmado".

El artículo 5º dice que la condición de salud deberá ser certificada por el médico actuante. Cualquiera que lo certifique será el medico actuante, porque actuó. Debería decir, por ejemplo, médico tratante, que supongo que es el espíritu, o buscar otra formulación.

El artículo 6º dice: "[…] se negare a actuar por convicciones personales de carácter filosófico y/o religioso […]". Me parece que habría que poner "por objeción de conciencia". Esa es una categoría que está aceptada, no solo en la discusión ética, sino también en nuestro derecho positivo en otras normas, porque capaz que el motivo no es solo filosófico ni religioso; puede haber motivos morales, que podrán entrar o no en la filosofía. Habría que decirlo claramente.

El segundo inciso del artículo 6º dice: "Todo médico actuante estará eximido de responsabilidad por brindar la prestación de ayuda para morir". Nosotros estamos seguros de que no quisieron poner eso; que quisieron poner "en el caso de que cumpla con todos los requisitos legales". No es correcto poner que todo médico actuante estará eximido de la responsabilidad por ayudar a morir. Si fuera así, no tendría sentido toda la reglamentación; bastaría con ese artículo.

Lo mismo ocurre con la Comisión de Bioética. Se discute si debería ser posterior o anterior.

Dejo para el final una cuestión que, para nosotros, desde la medicina forense, es muy importante. El artículo 10 dice: "Exclusivamente, a tales efectos, el proceso previsto en la presente norma será considerado como muerte natural". Está bien, esta es una manera -y me parece que es el espíritu- de evitar que se judicialice, se criminalice, un fallecimiento que fue hecho en el sistema de salud, de acuerdo con una reglamentación legal. No digo que no. Sin embargo, es discutible que una ley tenga que decir que se considera muerte natural. La profesora adjunta Frances Borches -quien hoy no me pudo acompañar porque está certificada- ha estudiado el derecho comparado y encontró que los países que legalizaron la eutanasia tienen dos soluciones. En Holanda, no lo consideran muerte natural, sino una muerte provocada por causas externas, que es lo que está vigente hoy en día en nuestra legislación. Las leyes que rigen el certificado de defunción establecen claramente cuáles son las causas por muerte natural o muerte violenta. Bien podría considerarse que estas son violentas, porque se trata de una intervención externa que provoca la muerte.

En España y en Colombia no tienen esta solución y la consideran muerte natural. ¿En base a qué? A que la causa de muerte tiene diferentes categorizaciones. Una cosa es la causa básica de muerte, que es la enfermedad o lesión que la causó y dio origen a la cadena fisiopatológica que terminó en la muerte, y la causa directa de la muerte es la causa final que llevó a la muerte. Entonces, si la causa básica es violenta, la causa final es violenta y viceversa. Por ejemplo, nuestra legislación prohíbe a los médicos asistenciales extender los certificados de defunción de las personas que fallecieron por muerte violenta. De manera que el cadáver de una persona que tiene un accidente de tránsito, resulta politraumatizada, va el CTI y a los dos meses se infecta y fallece, debe ser examinado por un médico forense, porque se trata de una muerte violenta, porque la causa básica fue violenta, en tanto que la directa es la sepsis y la falla multiorgánica, que es un proceso natural que no requiere una violencia, pero fue consecuencia de lo anterior. En este caso, la solución que tomó España -y hay una reciente recomendación de la OPS para los países en que se legalizó la eutanasia- es que la eutanasia sea registrada como la causa directa de muerte, y que como causa básica sea registrada la que originó la enfermedad. O sea, si la persona que solicitó la eutanasia tiene un carcinoma evadido estadio IV, que esa sea la causa básica; se coloca una causa

intermedia, o no, y que la causa directa sea la eutanasia. La OPS actualmente recomienda utilizar el código U en la clasificación internacional de enfermedades. Se trata de un código que se utiliza para categorías que están en estudio o que son nuevas.

O sea que podría recomendarse algo así, pero nos parece que tendría que ajustarse este artículo 10; habría que elaborarlo un poquito más, pensar qué alternativas quieren los proponentes, si toman algunos ejemplos del derecho comparado o si simplemente optan por modificar la Ley Nº 19.628 que dio el nuevo marco normativo de certificado de defunción, e incluir la eutanasia entre las muertes que pueden firmar los médicos asistenciales. A nosotros nos resultó chocante el decreto. Se trata de una causa ostensiblemente externa. Es una solución fácil, que no nos colma.

Perdónenme por la extensión.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Doctora Barcia: creí entender -estaba con un oído en cada lado- que no sería fácil o factible, desde la bioética, poder analizar los casos concretos o realizar las formulaciones genéricas para pedir la eutanasia, sino que sería necesario un análisis más específico de la situación del paciente. Si entendí mal, me corrige. En mérito a eso, el doctor planteó la posibilidad de que los comités de bioética asistenciales tuvieran una intervención previa, porque estarían en las mejores condiciones de bioética para analizar estos casos, si le entendí bien. Y en tercer lugar, cómo desde la bioética actual se podrían superar los principios que hoy son aún aceptados como, por ejemplo, el de no maleficencia, más allá de que hoy el concepto de dignidad pueda ser polisémico; naturalmente, sostengo que la dignidad es inherente, intrínseca e incondicional.

Me interesaría que la doctora Barcia -que es directora de la Unidad Académica de Bioética- nos diga cómo superar esos principios que hoy se siguen manteniendo, más allá de su historicidad, y si un comité de bioética podría ayudar a hacer ese análisis concreto y, en su caso, cómo podría superar ese principio de no maleficencia que todavía hoy está vigente.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Primero que nada, quiero darles la bienvenida; siempre aprendemos y nos enriquecemos con el profesor Hugo Rodríguez.

Estamos juntando los dos proyectos y los aportes que nos hacen todas las delegaciones, seguramente, serán tenidos en cuenta. En ese sentido, quiero decir dos cosas concretas. La Ley N° 19.628, perfectamente se podría modificar y generar otro código de muerte y no pasaría nada. Se puede modificar porque, obviamente, a los que somos médicos, nos suena un poco el concepto "muerte natural" cuando, obviamente, es natural; sabemos la causa que produce la muerte. Esto se pensó, fundamentalmente, por todo lo relacionado con las herencias, los seguros, cuando no aparece una causa natural; perfectamente se puede modificar la ley.

Lo otro que quisimos poner en la historia clínica -y actualmente, todas las instituciones los tienen incorporados en la historia clínica electrónica- son los consentimientos médicos, quirúrgicos. Me parece acertado; es, simplemente, una corrección.

Además, exhortaría a que todas las objeciones que tengan las hagan llegar a la Comisión; van a ser bienvenidas y serán analizadas.

SEÑORA BARCIA (Marianela).- Me parece importante la precisión sobre la idea de los principios de la bioética; hay cuatro en un esquema principialista, en el que también está presente la autonomía; desde otras bioéticas se proponen otros principios.

Respondiendo a la consulta concreta para entender la maleficencia, hoy comencé planteando que la bioética no puede ayudar cuando se interpreta que de un lado se quiere matar a alguien. Ahí no hay un dilema ético, porque eso está mal, es inmoral; el tema es cuando nosotros, el equipo de salud con el paciente, empezamos a interpretar la situación y el paciente manifiesta una voluntad que tiene que ver con su dignidad, que es su expresión máxima, que es la autonomía personal del paciente, y ese paciente pide ayuda para no transitar por determinada situación. El equipo de salud tiene que abordar esa situación, porque ahí hay un dilema ético, explicándole al paciente las posibilidades, los alcances, descartando también el encarnizamiento terapéutico, porque eso tampoco sería un dilema, pues ahí no estamos respetando al paciente.

Lo que podría aportar es que cuando el paciente hace pleno uso de su autonomía. Sé que el tema de la autonomía es polisémico y muy contextual; no es lo mismo pensar en el ejercicio de autonomía en Latinoamérica que en los países nórdicos, porque son situaciones distintas, y eso también es atendible a la hora de resolver. Cuando presentamos un caso en el Comité de Ética, como planteaba el doctor Rodríguez, no puede ser al final, como un mero anuncio, sino que tiene que ser parte de ese proceso, porque dará muchas herramientas a los clínicos, así como también el saber clínico de lo cotidiano y de su experiencia. Hay como una retroalimentación.

Los conflictos que están en juego acá son la autonomía del paciente y la beneficencia. Entiendo a la beneficencia y al principialismo en cómo curar al paciente, cómo tratarlo; no se puede interpretar ese principio como lo que está bien para el paciente; por lo menos, los autores no lo plantean, sino que es, explícitamente, tratarlo. Pero ese tratamiento tiene que tener un límite, y hoy en día lo reconocemos así; es la autonomía del paciente. Si el paciente no quiere tratarse o quiere otro tratamiento, creo que es atendible, y ahí hay un conflicto ético. Y esas situaciones se dan.

En los dos proyectos, la diferencia sustancial -y lo hemos discutido en la Unidad de Bioética- está en el foco sobre si esto es eximir de responsabilidad penal a quien concreta la acción o si es un derecho del paciente. Creo que la bioética tiene mucho más para aportar estudiando si esto es un derecho del paciente y cuál es el rol de las profesiones en la sociedad, o por qué la Universidad forma determinados profesionales; tiene que ver con dar respuesta a situaciones sociales cotidianas y, a veces, excepcionales como estas. Ahí entran varias cosas: la responsabilidad del profesional, la autonomía del paciente y la beneficencia. A nuestro entender, cuando teníamos una impronta paternalista mucho más fuerte, no era tan así, pero hoy en día el paternalismo se utiliza o se acciona en determinadas situaciones. En la práctica clínica, cotidiana, como proceso de atención, la beneficencia tiene cada vez más el límite de la voluntad del paciente.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Sobre el tema de la objeción de conciencia, entendemos que vamos a cambiarlo: nos parece correcto poner "voluntad anticipada", que está dentro del tema. Lo más importante es que nosotros no queremos que haya una comisión juzgadora de esto, porque también sabemos que, por la experiencia mundial en este tema, se hace complicado. Hay algunas provincias en España donde se solicita la eutanasia, pero estas comisiones no funcionan, no se reúnen, dependen un poco de quien está al frente; no queremos eso. Entonces, hay que buscar la parte intermedia; entendemos que debería ser antes, pero sin ser rehenes de que lo determine una comisión y no el paciente.

SEÑORA BARCIA (Marianela).- Las comisiones de ética asistenciales no son vinculantes; los comités de ética ayudan en ese proceso de deliberación.

SEÑOR RODRÍGUEZ (Hugo).- Lo mismo que la doctora Barcia: habría que pensar bien, porque, efectivamente, lo que hacen los comités de bioética clínica es deliberar,

informar, asesorar, pero no deciden, a diferencia de otros, como los de investigación, que sí deciden. Entonces, habría que establecerlo bien. Parecería razonable que como una parte de ese proceso, pudieran participar en la deliberación los comités de bioética clínica. No deberían ser los que resuelvan, porquen no es su cometido; no en Uruguay, sino que en el mundo es así.

(Diálogos)

SEÑORA PRESIDENTA (Lucía Etcheverry Lima).- Agradecemos muchísimo la presencia de la delegación.

La Secretaría administrativa de la Comisión les va a hacer llegar la versión taquigráfica. Por supuesto que si quedaron preguntas sin contestar o si hay temas en los que quieran ampliar, con gusto los recibiremos por escrito, al igual que las sugerencias respecto a los artículos concretos de los dos proyectos. Son bienvenidos los aportes.

(Se retira de sala la delegación de la Cátedra de Medicina Legal y Ciencias Forenses y de la Unidad Académica de Bioética de la Facultad de Medicina de la Udelar)

(Se establece la conexión vía Zoom con el doctor Fernando Marín, presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, de España)

——Agradecemos la deferencia que ha tenido el doctor Fernando Marín, presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de España, al acompañarnos en el día de hoy.

Están presentes aquí los miembros titulares de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, así como los delegados de sector interesados en el tema.

Como usted sabrá, estamos abordando dos proyectos vinculados a la eutanasia y al suicido médicamente asistido. Es un tema de altísima sensibilidad que trasciende las identidades partidarias. Estamos tratando de abordarlo con la mayor seriedad y con respeto porque es un tema muy importante, que atraviesa nuestra sociedad. En ese marco, estamos recibiendo a distintos organismos públicos y privados, representantes de la sociedad civil y, también, a especialistas extranjeros que entendemos que tienen muchísimo para aportar, más allá de nuestras realidades particulares. En ese sentido, decidimos convocarlo a usted para compartir lo que ha sido la experiencia en España y sus valoraciones profesionales respecto al tema.

Si le parece bien, escucharíamos su exposición y después tendríamos un tiempo para hacer preguntas o valoraciones, a los efectos de enriquecer el posicionamiento de cada uno respecto de este tema.

SEÑOR MARÍN (Fernando).- Muchas gracias por la invitación a la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados. Un saludo a Florencia Salgueiro, de Empatía Uruguay, y por supuesto, a Lucía Etcheverry por esta convocatoria.

Lo primero es marcar dónde estamos; de qué estamos hablando. Yo, sinceramente, creo que si nos ponemos las gafas del integrismo de la vida biológica que puede proceder de la Iglesia católica o de otras religiones monoteístas, nos es imposible comprender la muerte voluntaria. Con un concepto de la libertad que siempre está bajo sospecha -siempre estamos dudando de la madurez, la capacidad y la ciudadanía de las personas, que son nuestros vecinos, para tomar sus propias decisiones-, es imposible entender por qué una persona puede llegar a la conclusión de que la mejor opción que le queda es morir debido a un sufrimiento constante e intolerable.

He escuchado algunos debates que han tenido lugar en la Cámara de Diputados y se apela mucho a la palabra "dignidad" y al derecho a morir dignamente. Es conflictivo porque hay algunas personas que afirman de manera muy tajante que la dignidad nunca se pierda. Eso es falso completamente. No estamos hablando de esa dignidad. Por supuesto que uno nunca deja de ser un ser humano pero, por poner un ejemplo extremo, cuando un sacerdote está violando a un niño, está perdiendo absolutamente la dignidad; no hay ninguna dignidad en ese acto. La dignidad no es solo pertenecer a la raza humana, ser uno de los nuestros y reconocernos como tal, sino que la dignidad también es lo que hacemos con nuestra vida. A esa dignidad es a la que nos referimos cuando hablamos de morir dignamente; es como un proceso de si nuestras condiciones de vida al final son aceptables para la persona. Ahí es donde la dignidad se va construyendo alrededor de la vida de cada persona como un valor que esa persona en concreto va determinando. Por supuesto que habrá personas para las cuales adelantar su muerte sea algo implanteable, porque consideran que está mal; consideran que su vida está en usufructo y ellos la gestionan, pero no pueden decidir por ella. Pues, es fenomenal. Precisamente, los derechos no son obligaciones.

Luego, tenemos el problema del miedo que se utiliza. Siempre ha sido así en torno a los derechos civiles de parte del sector más conservador de la sociedad, para intentar evitar la conquista de nuevos derechos civiles. Uno de los inventos característicos de la eutanasia es la pendiente resbaladiza o pendiente deslizante. Es completamente absurdo. No existe ni un solo dato que pueda certificar que por regular la muerte voluntaria, nadie se haga deslizar hacia ningún sitio. No hay una relación causa- efecto, pero funciona por el miedo a qué va a pasar, y se dice: "Fijaros que en Países Bajos y en Bélgica empezaron con los enfermos terminales, y ahora están con los enfermos con trastorno mental". Eso es falso completamente. Desde el minuto uno se planteó caso por caso. Claro que ahora hay más personas con un trastorno mental grave. ¿Por qué? Porque se atreve con la complejidad.

Claro que no es un debate resuelto; por supuesto que no. Esto no significa que se diga: "Aquí hay un café para todos; aquí hay un kit de suicidio para el que quiera venir a por él". Esto no consiste en eso, sino en una relación terapéutica con un profesional, que está controlada o vigilada, en la que participa un profesional independiente y en algunos casos un tercero que tiene que ser un psiquiatra. Los casos de trastorno mental grave son los más difíciles; son los casos que salen en los medios de comunicación. Por ejemplo, el caso de una persona que hizo una transición sexual, se operó y luego empezó a tener una gangrena en esas partes íntimas, y el deterioro de su imagen para ella era absolutamente insoportable. También está el caso de dos hermanos que eran zapateros, que eran sordos y se estaban quedando ciegos por un problema degenerativo, y la opción de no verse para ellos era inadmisible. ¿Eutanasia para ciegos? No es verdad. Eso no es cierto; se analiza caso por caso, como se hace en la relación médico paciente habitual. Es decir, la pendiente resbaladiza es un invento. Es cierto que hay gente que habla de casos extraordinarios, por ejemplo, que una señora había tomado la decisión de morir y que su hijo no sabía nada. En esos casos hay que plantearse qué relación puede tener una persona con su madre para que esta, que está gestionando una muerte voluntaria, no le haya comentado nada sobre que va a morir y le van a aprobar la opción de la eutanasia. Habría que plantearse qué está pasando ahí, pero lo cierto es que él fue a los tribunales y denunció que no le han avisado, que los médicos le han engañado; sin embargo, en ningún momento se puso en tela de juicio la voluntad de la madre. En todos estos casos que a veces salen en los periódicos en ningún momento se duda de la voluntad de las personas de querer morir.

Por otra parte, hay otro tema que hay que tener en cuenta. El suicidio existe; el suicidio violento y en soledad existe, y a veces lo que estamos haciendo al ignorar esta problemática tan compleja -porque lo es- es dejar el único camino: si quieres morir, tú debes proveerte de los métodos y debes hacerlo en soledad, sin ningún apoyo.

La segunda falacia que quería poner encima de la mesa es la de la competitividad entre un enfoque paliativo y la muerte voluntaria. No hay ninguna competencia. Generalmente, son caminos alternativos, pero otras veces son complementarios. Me refiero a que son alternativos porque las personas con cáncer terminal que se plantean morir no quieren llegar a ese grado de deterioro extremo, que es cuando los cuidados paliativos despliegan todas sus capacidades, por ejemplo, para tratar el dolor, controlar otros síntomas que puedan ir surgiendo, afrontar el final de la vida con la participación de la familia de una forma sociable, en la que se va incorporando el entorno íntimo para que se llegue al final de la mejor manera posible, con el mayor alivio posible del sufrimiento, ya que todo sufrimiento evitable se puede tratar.

Entonces, por mucho que los cuidados paliativos se desplieguen con todas sus competencias, sean interdisciplinarios, etcétera, siempre habrá personas que no quieran seguir viviendo, porque a veces no se trata de algo que se pueda tratar con medicamentos, sino de que la vida deja de tener sentido con ese grado de deterioro. Imagínense al famoso Ramón Sampedro, el tetrapléjico; plantearse que alguien, con algún tipo de intervención, le va a convencer de que su vida así, después de veinticinco años, merece la pena, es una falta de respeto; es tratar esta persona como si fuera idiota, como si no supiera lo que quiere. Eso es lo que les decía anteriormente sobre el conflicto de libertad, porque es una libertad escamoteada, como si no fuéramos capaces de tomar decisiones sobre nuestra propia vida.

Vivimos en sociedades plurales; estamos en el siglo XXI; ya pasaron las dictaduras, aquella cosa tremenda del nacionalcatolicismo que nosotros vivimos. Ahora, sociedad plural no significa que haya un relativismo moral en la que todo está permitido, sino que el marco de valores comunes son los derechos humanos, que en otras épocas, sobre todo, en España, no se han respetado. Respetemos esos derechos humanos; respetemos que una persona no quiera pasar por ese trance del proceso terminal porque considera que eso es recibir tratos inhumanos y degradantes, y facilitémosle una alternativa.

Otorgar la eutanasia no es peligroso. En los Países Bajos y Bélgica llevan como cien mil casos en veinte años, y no ha habido ni una sola condena. Por supuesto, aquello no es el *far west,* la selva o una sociedad sin ley; allí la gente es juzgada por los delitos que comete, como en cualquier sociedad desarrollada, lo que pasa es que no hay abusos, porque la ley está bastante controlada y porque si los hubiera, no se estaría procediendo de acuerdo a la ley, sino al margen de la ley, como puede estar ocurriendo actualmente.

Para terminar -sé que ustedes le han dado muchas vueltas a este tema-, porque creo que es más interesante hacer un intercambio de preguntas y respuestas, quiero decir que en España hay diecisiete comunidades autónomas, y este modelo de Estado hace que haya diecisiete maneras de aplicar la ley, porque aunque está en el Código Penal, que es único para todo el Estado, las comunidades autónomas son las encargadas de aplicar la ley. Entonces, en donde está funcionando mejor es en Cataluña, en el País Vasco, en Navarra y en el norte, y donde está funcionando peor es en Madrid -donde yo vivo- y Andalucía, lo que se debe a que han desarrollado un sistema que llaman de referentes. Los inicios son complicados, no porque la muerte sea algo ajeno a la medicina, ni siquiera la muerte voluntaria, porque algunas prácticas se acercan mucho a la eutanasia -no son tan diferentes-, sino porque lo que comentan los compañeros y las compañeras es que en este caso el centro, inevitablemente, está en la persona que

solicita la ayuda para morir; es ella la que manda; es ella la que decide cuándo, cómo y dónde; es ella la que va marcando e inicia la tramitación, que en España es un proceso bastante farragoso.

Cuando se hizo la ley nosotros no estábamos de acuerdo con que hubiera una verificación previa, un control, que se tuviera que autorizar caso por caso. El partido que la presentó decía que era una ley muy garantista, pero uno tiene que pensar qué es lo que quiere garantizar realmente. En Bélgica y en los Países Bajos está garantizado que no hay abusos; los datos están ahí. Entonces, si no hay abusos, si hay un modelo basado en el control posterior, después de la muerte, que está demostrando que es bastante riguroso, bastante fiable, esto no quita que no haya controversias sobre algunos casos. Si queremos una ley sobre la que no exista ninguna discusión, entonces, dejemos todo en manos de los ciudadanos y en la clandestinidad, para que cada uno se busque la muerte como quiera, pero creo que ese no es planteamiento; el planteamiento es: "vamos a homologar este tema". Debe tenerse en cuenta que solo el 1 % de los casos corresponde a personas con trastornos mentales, que son los casos más controvertidos, pero con el restante 99 % no hay ninguna controversia, ni sobre la voluntad, ni el deterioro, ni sobre la experiencia de sufrimiento; entonces, hay que meterse en este tema.

Decía que con un control posterior hay suficientes garantías, pero lo que hace la ley española es burocratizar más la tramitación, hasta tal punto -todavía es pronto para decirlo- que puede poner en peligro el derecho que desea garantizar porque el procedimiento se alarga; se necesitan cuarenta días para tramitar una petición de ayuda para morir, una eutanasia o un suicidio asistido. Les diré que el suicidio asistido un año después todavía no es posible de implementar porque el Estado no ha comprado pentobarbital; estas son cosas de las competencias entre unos y otros, que no se puede utilizar la vía oral.

También quiero decir que, para mí, lo importante es la decisión; lo importante es que el proceso de toma de decisión esté bien hecho, que existan suficientes garantías de que es una decisión auténtica, que no hay una intervención exterior y que la persona lo ha pensado, que no dice un día una cosa y al otro día dice otra, que no hay nada raro y que cumple los requisitos de enfermedad que marca la ley. Lo importante no es si se toma un jarabe o tú le pones una inyección intravenosa, entre otras cosas, porque aún hay dudas de quién es el que pone la inyección. El procedimiento, el protocolo no es el mismo en Canadá, en Países Bajos, en Holanda, en Bélgica, en Luxemburgo. En España una enfermera le otorga la guía, una guía de tres pasos; en esa llave, primero, se pone un medicamento, la persona se duerme y, luego, se pincha, el propofol -de treinta a cincuenta mililitros- empieza a caer en un goteo. Entonces, ¿quién es el que hace el acto eutanásico? ¿La enfermera abre la vía? ¿La tiene que abrir el médico a la fuerza?

Yo creo que pueden entender que ahí no está la diferencia entre el bien y el mal; ahí no está la diferencia entre una praxis excelente o tenga una espera; la decisión está antes, en que la decisión de morir sea libre, etcétera, etcétera.

Les decía que la ley española se ha complicado mucho la vida. Las experiencias, de acuerdo a los médicos -incluso los médicos paliativistas- que están comprometidos con la muerte voluntaria, nos dicen que es un proceso que llama la atención porque es la persona la que toma la decisión de morir. En todo momento va siendo protagonista. Hay que preguntarle: ¿Por qué quieres morir?; ¿has considerado otras opciones?; ¿por qué ahora después de tanto tiempo? A veces son personas que llevan diez, doce, quince, años con terapia alternativa, a veces no, a veces son enfermos de cáncer, su situación ha ido cambiando y es una especie más rápida en el tiempo. La experiencia de ayudar a morir, de la eutanasia, casi todos los profesionales dicen que es muy satisfactoria.

Podría parecer contradictorio, sobre todo, depende de la visión. A partir de la visión infantil de la medicina, por ejemplo, en cuanto a que la medicina salva vidas; esto es completamente falso. Claro que salva algunas vidas, pero sobre todo mantiene la vida, intenta mejorar la calidad de la vida. La mayor parte de las enfermedades no son curables y, sin embargo, gracias a la medicina vivieron mucho mejor, pero una cosa no quita la otra. La medicina paliativa no cura a nadie, por definición, porque si no, no sería paliativa. Es decir que tú tratas de ayudar a vivir, prevenir la enfermedad y ayudar a morir. Estos son los fines de la medicina en el siglo XXI. Pero, reitero, lo que cuentan es que la eutanasia es una experiencia muy hermosa.

Vuelvo al principio y termino. Si nos ponemos unas gafas en las cuales confundimos ayudar a morir con matar… No se puede traducir ayudar a morir con matar porque matar es quitar la vida, quitarte algo en contra de tu voluntad. Un filósofo que encontré hace cuatro, cinco años dice que confundir la eutanasia con el homicidio es como confundir lo voluntario con lo forzado, el amor con la violación, el regalo con el robo. No es lo mismo dar la muerte que dar muerte; dar la muerte con una petición explícita, reiterada, con un proceso deliberativo donde todo está claro; si no lo está, lo aplazas, esperas un poco a que esté claro o no te comprometes. Tanto en los Países Bajos como en Bélgica, o en España solamente de un 20 %, 25 % a un 30 % de las solicitudes se rechazan porque no está claro. A nosotros nos gustaría que todas las solicitudes se aprobaran, desde el punto de vista ciudadano, porque somos fervientes creyentes de la libertad individual, pero entendemos que hay un marco, que es el marco que dibuja la ley, que hay reglas y son las que hay que cumplir. Si está dentro, tendrá una autorización para la eutanasia y si no, pues no.

Desde una visión de los derechos humanos, de una ética ciudadana laica, se puede entender que la eutanasia es un acto de amor. Creo que como introducción lo podemos dejar aquí; me someto a sus consideraciones.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias, doctor Marín.

Quisiera hacerle una consulta, sobre todo, lo que ha sido, a la luz del proceso en España, lo mismo que en Países Bajos, que usted lo ha mencionado, porque estamos asistiendo a esta dualidad de la eutanasia. Es una oferta a partir de la cual se incrementa la demanda, se presenta como una solución que arrastra a un crecimiento de las eventuales solicitudes de eutanasia, en una situación donde, incluso, se plantea que puede incidir en el incremento de los suicidios, por ejemplo.

Lo otro que también se ha manifestado -que es parte de los debates- tiene que ver con los riesgos, que se incrementan para quienes están en determinada posición, que cumplen con las condiciones de una enfermedad incurable, irreversible, con sufrimiento, pero cuya situación socioeconómica de mayores privaciones puede inclinar o, de alguna manera, viciar esa voluntad hacia la solicitud de eutanasia.

No sé si me comprende las dos consideraciones. Me imagino que allá tuvieron un debate similar. ¿Con qué elementos objetivos, u objetivables, han podido intercambiar respecto a esto?

SEÑOR MARÍN (Fernando).- A veces se comete el error -de planteamiento, a mi juicio- de pensar que la regulación de la eutanasia, el suicidio asistido, es contradictorio o es incoherente con la prevención del suicidio.

El suicidio es un concepto demasiado amplio y a la sociedad no le gustan los temas complejos. Huye, prefiere caricaturas; blanco, negro; sí, no. No quiere que le planteen problemas para los cuales no tiene una respuesta. Nada tiene que ver el suicidio violento de una chica, un chico, de veinte años -por lo que sea, una crisis existencial– que el de

una señora o un señor de ochenta años; creo que nada tiene que ver, aunque lo hagan de la misma manera.

Los datos actuales, tanto en Países Bajos como en Bélgica y en España, muestran que el impacto de la ley sobre los suicidios es cero. ¿Por qué les digo esto? Si se fijan, de un 2 % a un 4 % es la horquilla de los fallecimientos anuales; 2 % en Bélgica, 4 % o 4,5 % en Países Bajos. De ese 2 %, 4,5 % solo un 1 % son las personas con un trastorno mental. Quiere decir que en una supuesta lista de personas que se fueron a suicidar de forma violenta, estás borrando de la lista a muy pocas personas. El impacto sobre el suicidio como lo conocemos va a ser nulo. Parece ser que en Suiza -que es un contexto totalmente distinto-, en algunos territorios, está habiendo un trasvase de personas. Todo esto es muy aventurado; uno de los problemas de trastorno mental o de las personas que están barajando la idea de morir con un trastorno mental es que nadie sabe si realmente lo van a hacer o no. Nadie sabe muy bien, ni siquiera, lo que es un trastorno mental a la hora de definirlo. Algunos psiquiatras lo comparan con un cáncer. Otros te dicen: "No, pero no es igual". No tenemos una explicación orgánica como con el cáncer; es bastante más difícil hacer afirmaciones categóricas sobre las personas que se van a suicidar. Pero los datos son esos: Ni en Bélgica, ni en Países Bajos se alteran los suicidios; va por otro lado. Son personas que nunca hablarían con su médico sobre su muerte voluntaria, nunca lo plantearían. Luego, en Suiza, parece ser que en algunas zonas podría haber una influencia, pero todo es muy relativo. Una cosa no quita la otra.

Como decía, tú puedes prevenir perfectamente. Incluso, hay una hipótesis -por comparar esto- en cuanto al tema de la desesperanza, el agotamiento, las personas con un trastorno mental grave que llevan quince, veinte años de tratamiento en tratamiento, de prueba en prueba, de psicoterapia en psicoterapia, esto les da paz, no mejora su vida. Su calidad de vida es muy mala para ellos hasta el punto de que se plantean finalizarla. Entonces, se plantea si la muerte voluntaria podría ser un elemento que se pudiera barajar terapéuticamente, pero desde la honestidad, para mejorar la vida de estas personas. Esa es una hipótesis de trabajo bastante interesante, en la que no vamos a entrar ahora porque sería complejo. Cuando hablamos sobre las personas pobres, con precariedad social, vulnerables socialmente, nos referimos a vulnerables socioeconómicamente. Porque un millonario que sea tetrapléjico no tiene nada de vulnerable. Esta persona maneja su vida, su dinero con sus cuidadores y verá hasta dónde quiere llegar.

Recientemente, en Canadá ha habido un poco de lío con algunos casos de personas con una enfermedad bastante compleja -incluso, hay quien duda de que sea una enfermedad-, denominada sensibilidad química múltiple. Una de estas personas grabó un vídeo bastante inoportuno -desde luego, hay que respetar la libertad de cada uno-, que decía que había solicitado una casa al gobierno de Canadá libre de humos y de todo tipo de contaminantes. Esta enfermedad es un poco difícil de comprender; no tiene ninguna explicación desde el punto de vista fisiopatológico. Entonces, como el gobierno no le conseguía la casa, pues optaron por la muerte voluntaria. Esto nos deja fríos y un poco preocupados, porque, por un lado, no podemos discriminar a una persona por ser pobre de su derecho de morir. Este planteamiento es una barbaridad.

Ahora bien, si esa persona es pobre, si está en una situación de vulnerabilidad socioeconómica, de precariedad, amenaza social en lo básico hay que extremar las medidas de precaución. ¿En qué consiste esto? En hacer una evaluación social de los datos. Realmente, lo que pensamos que puede ocurrir o que ocurre es que la muerte voluntaria no está al alcance de cualquiera a nivel personal. Para tú plantearte tu propia muerte, tienes que haber recorrido un proceso personal previo, si no, no lo planteas

nunca. La mayoría de las personas se aferra a la vida en cualquier circunstancia, sean pobres o sean ricas.

La eutanasia, el suicidio asistido en Estados Unidos es otro modelo distinto, pues el tema es individualista, no solo porque la medicación es una cosa muy amplia. Cuando en California se aprobó el suicido asistido, la medicación pasó a costar US$ 3.000. El que tiene dinero, que se lo pague y el que no, que se aguante. Da igual. Los médicos han buscado otros cócteles más baratos; hay otros caminos.

Entonces, los datos nos indican que son personas de clase media, nivel educativo por encima de la media social, porque la muerte voluntaria tiene bastante relación con un concepto que es coherencia biográfica. No es que sea una cosa de pijos -como algunos decían-, una cosa para cuatro personas acomodadas. No; tampoco es irse al extremo. Pero, los datos son que no ejercen más su derecho al suicidio asistido las personas con menos recursos que las que tienen recursos.

Por lo tanto, ¿es un tema de preocupación? Sí, lo es. ¿Y qué hay que hacer? Prevenirlo. ¿Cómo? Estableciendo claramente que el médico y la enfermera o quien evalúe cada caso tendrá que valorar si existen factores sociales que condicionen que ocurra eso. Por ejemplo, en España varias personas se han suicidado cuando les iban a quitar la casa, cuando los iban a desahuciar. Sería imposible gestionar una eutanasia en ese caso porque los plazos no cuadran. Si eso fuera así, que una persona quisiera morir porque se va a quedar sin casa, jamás recibiría un dictamen favorable, porque es un motivo que es en principio evitable.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchísimas gracias, doctor Marín.

Quiero señalar que la Secretaría administrativa, al igual que se comunicó para concretar este intercambio, le va a remitir la versión taquigráfica, que siempre es de estilo a los efectos de que usted pueda eventualmente corregir si entiende que hay algún concepto que no se transcribió correctamente, que, por supuesto, será un aporte para la consideración de la Comisión.

SEÑOR MARÍN (Fernando).- Gracias a ustedes y a sus servicios.

SEÑORA PRESIDENTA.- Le reiteramos el agradecimiento.

(Finaliza la conexión vía Zoom)

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVITA (Silvana).- Simplemente, quería recordar a la Comisión una solicitud que nos llegó, que, en lo personal, es muy importante para mí poder llevarla adelante en este ámbito. Me refiero a la solicitud de INJU de concurrir a efectos de trasmitirnos la campaña de prevención de suicidio adolescente, que fue producto de un proyecto que estamos muy orgullosos de haber aprobado por unanimidad en la Comisión y en la Cámara. Por lo tanto, me parecía importante darles un espacio -aunque sea de treinta minutos- al director del INJU y a las personas que van a venir a plantearnos cómo se va a llevar adelante esa campaña producto, reitero, del proyecto que aprobamos.

Por lo tanto, les agradecería que pudiéramos recibirlos en este mes de junio.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Por supuesto, estoy de acuerdo con recibir a las autoridades del INJU. Pero como tenemos una agenda muy cargada, propondría, si es necesario, realizar una reunión extraordinaria para recibir al organismo.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- La semana pasada se conoció -por lo menos, en los medios de prensa- el aumento de la tasa de suicidios en el Uruguay.

Hemos tomado conocimiento de que existe un grupo de comprensión y prevención de la conducta suicida de la Udelar, que coordina la doctora Cristina Larrobla y el sociólogo Pablo Hein. También hemos visto notas en la prensa de que, indudablemente -vamos a reconocer-, están trabajando desde hace mucho tiempo y en varios proyectos en este sentido. Por lo tanto, nos gustaría convocarlos a la brevedad posible, pero sin urgencia y cuando ellos puedan. Tal vez, ellos necesiten tiempo para actualizar los informes que hayan hecho. No estoy planteando una convocatoria sin que ellos estén preparados o sin tomarse el tiempo que requieran para venir; que vengan cuando puedan para tratar este tema.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVITA (Silvana).- En el caso del INJU, sí están preparados para venir. De hecho, en julio es cuando se le va a dar más trascendencia a la campaña, porque el 17 de julio es el Día Nacional para la Prevención del Subsidio, y aquí se hace mucho énfasis.

Propongo convocar al INJU para el martes a la hora 11.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero hacer dos consideraciones.

En primer lugar, quiero señalar que habíamos planteado -más allá de que hay que someterlo a decisión de todos- realizar reuniones extraordinarias, porque la Comisión también tiene otros temas para abordar.

En este caso particular del suicidio, recibimos la solicitud del INJU. Además, el año pasado recibimos al equipo de la Universidad de la República; de hecho, estuvo Pablo Hein trabajando en un intercambio vinculado, precisamente, a los mecanismos de prevención del suicidio. En ese momento también recibimos a una delegación del Sifpom -sindicato policial de Montevideo, que es a nivel nacional ya que tiene asociados en muchos de los departamentos, además del de Canelones, en particular-, para abordar esa temática, pues es una de las profesiones que ha tenido un impacto enorme, producto del estrés en cuanto al incremento de suicidios de agentes operativos. Por lo cual, también han presentado una iniciativa que nos ha llegado a todos. Además, informábamos en ese momento que el Frente Amplio viene trabajando en un proyecto integral de prevención al suicido. Así que bienvenidos los planteos. Hay coincidencia. Ojalá podamos llegar hoy a la definición de una reunión extraordinaria.

En el día de ayer se hicieron algunas publicaciones en el Día Mundial de la lucha contra el tabaco. Como sabrán ustedes, hubo una modificación del decreto del año pasado, nosotros hicimos un pedido de informes y ayer nos enteramos que la respuesta al pedido de informes no es verdad, lo cual es gravísimo; es decir: se nos mintió por parte del Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a lo que se publicó en la reconstrucción cronológica de cómo fue el fundamento de ese decreto, contrastado con la respuesta a ese pedido de informes; es gravísimo. Recuerdo que el año pasado habíamos hecho la convocatoria, en el momento en que presidía el señor diputado de Mattos, al doctor Miguel Asqueta, quien no pudo venir en octubre, producto de la situación sanitaria, ya que estaba dedicado a resolver temas de la pandemia y, posteriormente, en diciembre no sé si no coincidieron las agendas, él estaba de viaje y vino el receso, por lo cual planteo a la Comisión considerar con la mayor celeridad posible, dada la gravedad de la situación, la celebración de una sesión extraordinaria para abordar ese tema en particular. Si tenemos dos horas o dos horas y media de trabajo, como es la duración habitual de las sesiones de la Comisión, quizás puedan concurrir las dos delegaciones ese día y así abordar los dos temas.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Dadas estas tres solicitudes de recibir delegaciones creo que, en vez de empezar las reuniones antes, deberíamos hacer

una reunión extraordinaria para poder así dar respuesta a los planteos de los tres diputados. Por esta razón, solicitamos a la Secretaría que pueda coordinar una reunión con este carácter en el mes de junio; eso es lo que planteaba la señora diputada Pérez Bonavita.

(Diálogos)

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

=