



## **REVISTA**

**DE LA ASOCIACIÓN DE MAGISTRADOS  
Y FUNCIONARIOS DE LA JUSTICIA NACIONAL**

## COMISIÓN DE REVISTA Y BIBLIOTECA

PRESIDENTE:

Dra. María Elsa Uzal

DIRECTORA DE LA REVISTA:

Dra. Graciela A. González

COORDINADORA DE COMISIÓN:

Dra. Virginia Simari

COORDINADORA DE LA REVISTA Y SECRETARIA DE ACTAS:

Dra. Mariel Dermardirossian

CORRECTOR DE LA REVISTA:

Dr. Osvaldo Mitchell

CORRECTOR ADJUNTO DE LA REVISTA:

Dr. Guillermo Valentini

CONSEJEROS DE REDACCIÓN:

Dr. Guillermo Rivarola

Dr. Mario Alberto Villar

Dr. Jorge Beade

COORDINADOR DE PÁGINA WEB:

Dr. Marcelo Luis Gallo Tagle

CONSEJERO DE PÁGINA WEB:

Dr. Gabriel Mehlman

CORRESPONSALES EN EL INTERIOR:

Dr. Luis Roberto Rueda (Córdoba)

Dr. Manuel Alberto de Jesús Moreira (Misiones)

Dr. Eugenio Krom (Neuquén)

Dr. Carlos Pereyra González (Mendoza)

Dra. Marina Cossio de Mercáu (Tucumán)

Dr. Ramiro Pujol (Santa Fe)

Dra. Victoria Cárdenas (Salta)

Dr. Guillermo J. Enderle (Paraná)

Dr. Gabriel Chausovsky (Paraná)

Dra. Nora Cabrera de Monella (Comodoro Rivadavia)

E-mail: [amagist@asocmagistra.org.ar](mailto:amagist@asocmagistra.org.ar)

E-mail Escuela Judicial: [escjudicial@asocmagistra.org.ar](mailto:escjudicial@asocmagistra.org.ar)

E-mail Turismo y Servicios: [turiservicio@asocmagistra.org.ar](mailto:turiservicio@asocmagistra.org.ar)

Presidencia: [presidencia@asocmagistra.org.ar](mailto:presidencia@asocmagistra.org.ar)

Administración: [administracion@asocmagistra.org.ar](mailto:administracion@asocmagistra.org.ar)

Tesorería: [tesoreria@asocmagistra.org.ar](mailto:tesoreria@asocmagistra.org.ar)

Atención a socios: [atenciónsocios@asocmagistra.org.ar](mailto:atenciónsocios@asocmagistra.org.ar)

dades de la instrucción" importa haber permitido el control de la defensa en una instancia anterior.

e) El derecho de control de la prueba es disponible por la parte. Por lo tanto, es válida la conformidad prevista en el inciso 1° del citado artículo 391 si se le garantizó previamente la oportunidad de ejercerlo.

Buenos Aires, octubre de 2007.

## **PRISIÓN DOMICILIARIA Y ENFERMEDAD TERMINAL**

DR. MANUEL ALBERTO JESÚS MOREIRA

### **1. LA PRISIÓN DOMICILIARIA Y LA ENFERMEDAD EN ESTADIO TERMINAL.**

La prisión domiciliaria prevista excepcionalmente en el art. 33 de la ley 24.660 nos ofrece una diversidad de perspectivas y abordajes. Sobre todo porque el legislador ha conectado dos dimensiones disciplinares: la jurídica y la médica. Se trata de una norma que describe una modalidad del régimen penitenciario habilitando el domicilio como lugar de detención. Para el otorgamiento de la prisión doméstica es necesario que el interno padezca una enfermedad incurable y se pronostique el óbito inminente. En síntesis, debemos contar con sentencia condenatoria, paciente en período terminal y sin recursos terapéuticos eficaces.

Con esta aclaración previa estamos en condiciones de internarnos en el análisis del contenido de la norma y en el fundamento de la misma. Pero habrá que tener en cuenta que, originalmente, la norma permitía un amplio margen de interpretación que se restringió con la reglamentación del decreto 1058/97.

La reglamentación del art. 33 se convirtió en un manual instructivo donde se establecieron condiciones rigurosas que debían verificarse antes de conceder el derecho. Este inventario semiótico vino a aportar mayor turbiedad a la fusión de reglas jurídicas con categorías médicas. Y de alguna manera transformó el derecho en una especie de perdón furtivo del legislador. Conceder una gracia para amortiguar el horrible cuadro de agonía no es exactamente el fundamento ideal de este instituto. Existen muchas diferencias entre tener un derecho a ser premiado con una "eutanasia domiciliaria". ¿Es un derecho o es un perdón? Esta es la primera pregunta que debemos formularnos.

Pero no podemos responder sobre el fundamento del instituto de prisión domiciliaria para el enfermo terminal sin antes preguntar sobre los antecedentes y principios que permitieron incluirlo en una norma especial.

Si miramos con detenimiento el discurso jurídico que se encargó de justificar la concesión de este beneficio vamos a ver que se sostuvo de modo elemental en el denominado derecho a una "muerte digna", concepto cuyos significados se han expandido hasta abarcar a los que propician la eutanasia, los programas terapéuticos razonables y la objeción de conciencia denominada impropia. Los significados de "muerte digna" se encuentran más asociados a otra problemática que a la tratada aquí.<sup>1</sup>

El principio "muerte digna" para el caso que tratamos podría ser visto como de orden transitivo: la muerte que extingue la vida, también es el último acto de vida. En ese sentido debe perdurar la dignidad de persona, es decir el valor de persona hasta que acabe su vida. De esta forma puede colegirse que la denominada "muerte digna" es solamente un aspecto del derecho a la "dignidad de la persona" durante toda su vida. Estamos frente al "valor axiológico supremo" que, a su vez, contiene otros derechos personalísimos que anteceden al de "muerte digna".

Por eso, al establecer el orden axiológico que da fundamento al instituto de "prisión domiciliaria" para el enfermo terminal no debemos orientarnos básicamente por el de "muerte digna", sino por el de "salud" e "integridad física". Tales principios se encuentran en las normas internacionales de Derechos Humanos, en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 25 y considerando 5), en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre (Art. XI), en la Resolución 1/08 de la OEA sobre Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (Principios I y X), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12), la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica (arts. 4 y 5), la Constitución Nacional en el art. 18 y la ley 24.660 en su art. 143.

El "derecho a la salud" aparece como el fundamento principal sostenido en el proyecto de reforma del art. 33 (O.D. Nro. 1.261) y, además, aumenta el marco de interpretación al expandir sus significados de acuerdo con la observación nro. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, donde se sostiene que el derecho a la salud no debe entenderse solamente como un derecho a estar sano, sino que apunta a sostener un estado de absoluto bienestar físico, mental y social.

Realizada esta aclaración necesaria para establecer los propósitos de la ley y el fundamento principal del instituto, podemos admitir otros derechos que concurren y refuerzan el principio nuclear. Entonces a los derechos de "salud" y de "integridad física" podemos añadirle por su mayor afinidad, el de "racionalidad de la pena". Porque se nos aparece como el complemento material del primero, teniendo en cuenta que la salud dependerá elementalmente de la tecnología carcelaria. En ese sentido, el principio estaría creando niveles de control sobre el propio aparato punitivo del Estado de modo de impedir se

aumenten las restricciones y privaciones básicas de la detención victimizando nuevamente al interno.

También estaría en juego el principio mencionado por Zaffaroni de "trato humano" al condenado, pero que resultaría insuficiente sin el "derecho a la salud" pues, de lo contrario, "la pena privativa de libertad se convierte en una pena privativa de salud o corporal, constitucionalmente prohibida".<sup>2</sup> La "humanización" de la pena resulta de la interpretación del art. 18, art. 9 de la ley 24.660 y los demás dispositivos internacionales reconocidos con la reforma de la Constitución en el art. 75, inc. 22.

"El exceso de punición" es otro argumento que parte directamente de la idea constitucional de sistema carcelario, por lo que afectaría la garantía del art. 18 de la C.N. Limita las facultades del Estado en cuanto al monopolio de la fuerza y la legitimidad punitiva. Se evita ideológicamente lo que se llamó, en cierto sector de la doctrina como el "derecho penal del enemigo", donde se pierden los principios de proporcionalidad, recortando las garantías constitucionales.<sup>3</sup>

En otros países la enfermedad terminal del interno se ha considerado como un hecho capaz de extinguir la responsabilidad penal. Por ejemplo, el Código Penal de El Salvador incluye la situación de enfermedad terminal entre las "causas extintivas de la responsabilidad penal".

Por último, es posible conjeturar que el instituto sea admitido por una cuestión de política criminal. Propósito que emerge de los fundamentos conclusivos del proyecto de ley mencionado cuando señala: "no es deseable que agonicen y se mueran cumpliendo condena...". Creo que no es deseable que ni los sanos se mueran cumpliendo condena pero, en realidad, el espectáculo judicial de un enfermo terminal muriendo lentamente en prisión produce un inevitable desasosiego como si la pena fuese un castigo excesivo, el martirio inusitado e injusto de un ser humano. Y, aunque fuese solamente para evitar el espectáculo de degradación expiatoria de un condenado en estado terminal, estaría justificada la discrecionalidad de una política criminal que apunte a estos métodos alternativos de la pena.

Si privilegiamos el concepto de política criminal dentro de un programa, deberíamos registrar las fallas del propio sistema como fundamento de la reforma y, en ese sentido, habrá que tener en cuenta la superpoblación carcelaria, el inevitable hacinamiento, la falta de hospitales internos con tecnología actualizada y otros factores de victimización del interno que han sido observados en muchas investigaciones. Y también contarán como antecedentes las estadísticas, muchas de ellas desconocidas e ignoradas por el propio sistema. Por ejemplo, en estudios registrados en España se afirma que "la opinión pública desconoce la frecuencia con que se muere en prisión y las circunstancias dramáticas en que fallecen las personas en las cárceles... y que elevado número de enfermos fallecen en las cárceles o en hospitales, momentos o pocos días después de haber sido excarcelados".<sup>4</sup>

Pero aunque, hipotéticamente, consideremos el instituto como un producto exclusivo de la política criminal, tampoco lo podemos desvincular del reconocimiento constitucional de todos los tratados relacionados con derechos humanos y del compromiso asumido por el Estado argentino en otros órdenes. Entre los que cabe mencionar el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos originarios que recomienda a los jueces aplicar formas de prisión alternativa. En el art. 10, inc. "b", se lee: "deberá darse preferencia a tipos de sanción distintos del encarcelamiento". Y también la previsión del art. 495, inc. 2, del CPPN que establece la posibilidad de suspender la ejecución de la pena privativa de libertad cuando el condenado se encontrare gravemente enfermo y la inmediata ejecución pusiere en peligro su vida, según el dictamen de peritos. Fórmula que se repite en otros Códigos de Procedimientos Provinciales.

## 2. UNA "PRUEBA" TASADA

La actual revisión de todas las ideas sobre el sistema carcelario permite divisar nuevas formas y métodos para cumplir sanciones alternativas a la del encarcelamiento.

Sostener la prisión de una persona que padece una enfermedad incurable de la que se puede morir resulta claramente contradictoria con el fin de la pena de prisión si admitimos, definitivamente, que no se trata de un castigo. Aunque en el propio imaginario colectivo la pena de prisión aparezca como el único castigo ejemplar. Dato que se extrae de las encuestas y la difusión mediática sobre los movimientos sociales de reclamos de justicia. El fenómeno se alimenta de dos discursos claramente antagónicos: el de la inseguridad y reclamo de mayor intolerancia del Estado (control-penas severas-jueces vengadores) y el que admite el fracaso del sistema carcelario y busca opciones diferentes. Mientras no se dirima este conflicto social, el legislador seguirá desdoblándose en las dos identidades que Stevenson imaginó en su célebre novela; alguna vez usurpando modelos intolerantes y, otras veces, repudiando sistemas de exclusión y segregación.

Los documentos internacionales permiten aceptar rápidamente que la prisión no cancela ni despoja al interno de los derechos que hacen a la "dignidad de la persona" y la "salud". Pero la modalidad con que se ha instalado la norma prevista en el art. 33, reglamentando minuciosamente las condiciones de la enfermedad, vino a añadirle un examen clínico y pruebas de laboratorio que, en definitiva, constituyen una "prueba" tasada, si consideramos al informe médico como un modo pericial destinado a comprobar una enfermedad "despenalizada".

Aunque se trata de una "prueba" atípica cuya naturaleza es más de orden administrativo porque no acredita un hecho investigado en el proceso sino que lo hace en el nivel de ejecución de la pena, su función es probatoria. Porque las

consecuencias del diagnóstico y pronóstico afirmativo van a afectar la cosa juzgada y la naturaleza de la pena impuesta, cumplida parcialmente. Por esas razones podemos verla como una especie de prueba sin proceso pero capaz de modificar el resultado del juicio previo. Desde esta perspectiva, probar la enfermedad incurable y en estadio terminal resulta también un aspecto de la estrategia defensiva integral y como tal puede ser considerada.

Con la reglamentación del art. 33 se crearon condiciones rigurosas sobre los requisitos para otorgar el derecho que nos retrotraen al sistema de pruebas tabuladas. En ese sentido el Juez es sustituido por el médico de una manera inadecuada. La pericia médica anticiparía al decisorio. Podría pasar lo mismo que las pericias biológicas. Aunque con la indeterminación del pronóstico de esta última. Si los avances tecnológicos permiten establecer las pruebas de ADN como una *probatio probatissima*, entre ambas hay una diferencia notable en cuanto a la certeza: en el médico, el pronóstico surge de la estadística y en el campo genético de una prueba científica.<sup>5</sup>

## 3. NORMA INTERDISCIPLINARIA Y REGLAS DISCIPLINARIAS

La reglamentación excesiva del art. 33 (Decreto 1058/97) insinúa un turbio propósito: impedir que los casos dudosos pudiesen evadir el sistema carcelario o que los jueces más tolerantes modifiquen y sustituyan las penas por la benignidad domiciliaria. En este caso prevaleció el discurso de la intolerancia. No se advirtió que con la reglamentación pautada según los elementos clínicos y de laboratorio se creaban "órdenes ilegítimos", como fue definido en Zaffaroni-Alagia-Slokar,<sup>6</sup> sino que, además, modificaba las pautas sistemáticas que el legislador había declarado en el art. 143 de la ley 24.660/96 y en todos los documentos internacionales sobre derechos humanos ya existentes con la reforma constitucional de 1994.

Tampoco se advirtió que, con la reglamentación del art. 33, el impacto de la ley en la interacción médico-juez resultaría fatalmente defectuosa porque al mismo tiempo que se reducía el espacio hermenéutico del magistrado se impedía que el médico pensara en el sistema carcelario como contexto. La reglamentación parece un formulario burocrático donde no cabe ninguna otra lógica que la del diagnóstico y pronóstico formulado en base a los criterios vigentes en las especialidades médicas. Los demás requisitos dependen del primero.

No se consideró que al ser consultado el facultativo para que responda el cuestionario reglamentario no va a pensar contextualmente ni tener en cuenta de modo liminar el art. 18 de la C. N., sino que partirá de las pautas convenidas en las Ciencias Médicas para definir la enfermedad terminal y se ajustará a los criterios científicos de su disciplina para confeccionar el informe. Pasará lo señalado por Foucault en el "Nacimiento de la clínica": "Se han considerado las enfermedades como un desorden; no se ha visto en ellas una serie de fenóme-

nos dependientes los unos de los otros y que tienden a un fin determinado: se ha olvidado completamente la vida patológica".<sup>7</sup> El médico no incluirá en su informe las condiciones sub-humanas en que podría encontrarse su paciente ni, tampoco, se registrará en su historia clínica su agravamiento a causa de la situación de detención ni otras cuestiones que podrían ser consideradas en el examen del caso.

Todo indica que el médico actuará según las recetas admitidas en el mundo académico. El médico que debe hacer el informe no se encuentra obligado a conocer las razones, necesidades, conveniencia, oportunidad o interpretar, desde el horizonte normativo, la afectación de un derecho humano esencial. Solamente se encuentra obligado ante el sistema de dictaminar según sus conocimientos científicos. A lo sumo puede conocer por los puntos de pericia (ya tasados), los requisitos previstos en la ley para calificar el grado de la enfermedad.

El médico apuntará según su formación disciplinar a predecir, con la mayor exactitud, el pronóstico afirmativo o negativo de *terminalidad* para orientar el tratamiento según lo que se ha denominado la "medicina paliativa". Y luego aplicará o recomendará la aplicación de los cinco principios éticos: el de veracidad, de proporcionalidad terapéutica, de manejo del dolor, de prevención de otras complicaciones y de no abandono. No orientará su informe en el "medio ambiente cárcel". Este sólo será una variable tangencial. La idea de "paciente" apiazará a la de "preso".

Pero, desde el otro campo, el Juez pensará en la posibilidad de violar los estándares reconocidos sobre derechos humanos, el propio art. 18 de la Constitución Nacional y, también, reflexionará sobre la conveniencia de sustituir la pena impuesta. Con ese horizonte, el Juez deberá pensar tanto en la enfermedad incurable y grave de un interno en una cárcel que puede precipitar su muerte como en la evasión punitiva o en la frustración de las expectativas sociales sobre el castigo. Téngase en cuenta que la mayor de las veces la idea de *pena* dentro del imaginario social es diferente a la del operador judicial o al técnico.

Y, por otra parte estarán presentes, además, los tratados, declaraciones y pactos internacionales, más la garantía constitucional, pautas de inevitable consulta del juez pero que, generalmente, soslayará el médico.

También el Juez deberá tener en cuenta la falibilidad de los pronósticos médicos producidos en la modalidad que establece la ley. Ya que la predicción en este campo tiene sus límites; hay siempre un margen de error en cuanto al cálculo que efectuará el médico para indicar que el enfermo es terminal o no lo es.

Porque, a diferencia de otros diagnósticos, la de "enfermedad terminal" se encuentra discutida aún dentro de la propia medicina. A tal punto que, para definirse como tal en la medicina, se han establecido una serie de requisitos que, por lo numerosos, aumenta su indeterminación. Es necesario que la en-

fermedad sea incurable, progresiva e irreversible, con pronóstico fatal próximo y que no sea susceptible de un tratamiento eficaz. Sin embargo el pronóstico fatal de una enfermedad sigue principalmente un criterio estadístico de modo que, en cada caso, puede variar la evolución de la enfermedad.

Predecir que el óbito debe ocurrir en los seis meses resulta más cuestionable porque si va a ocurrir a los ocho o nueve meses es jurídicamente tan terminal como si ocurriese antes.

De esta manera vemos que la preocupación de los médicos es diferente a la de los juristas ya que necesitan marcar científicamente, bajo una vigilancia epistemológica, que todos los síntomas que se describen se revelen en el paciente para denominarlo "terminal". Este concepto, examinado desde las ciencias médicas, resulta incuestionable por la pretensión científica de la misma y, sobre todo, por los avances tecnológicos de que se disponen actualmente. Los fines primordiales del pronóstico en el campo médico apuntan al paciente (medicina paliativa) mientras que, en el campo jurídico, se dirigen a evitar el agravamiento inusitado de la pena de prisión. La disociación de fines frustra la convergencia disciplinar al momento de verificar, en cada caso, la relación entre enfermedad terminal en un sentido amplio y régimen penitenciario convencional.

#### 4. BREVES COMENTARIOS SOBRE EL PROYECTO ACTUAL

En el proyecto (O.D. N° 1.261),<sup>8</sup> se repite la fórmula del art. 33 de colocar en el mismo rango la "vejez" con la "enfermedad terminal", técnica que no resulta totalmente afortunada ya que existen demasiados supuestos donde la equivalencia buscada por el legislador no se compadece con el principio de equidad ni de igualdad.

Por un lado se mide la edad según las expectativas de vida estadísticas como si la cronología pudiese establecer una suerte de invalidez ineluctable sin tener en cuenta que, biológicamente, pueden presentar diferencias una persona con otra. Tampoco concuerda la edad promedio con el enfermo terminal, ya que si una persona se encuentra afectada de una enfermedad grave pero que superará los seis meses de vida o el año y es mayor de sesenta se encuentra en una situación de clara desigualdad con la primera, porque no será beneficiada. El enfermo grave e incurable que cuenta con 68 años aparece en clara desventaja con el de 70 que goza de plena salud. La redacción tampoco es acertada porque proviene exclusivamente de la medicina, cuando indica "enfermedad incurable" en un "estadio terminal". Con lo que unimos dos problemas médicos que aumentarán si se mantienen los requisitos de la reglamentación del Decreto 1058/97.

De todas maneras el nuevo texto con media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación incluye también al "enfermo interno" que debe reunir ciertas

condiciones. En un primer párrafo conecta la condición de que la cárcel le impida recuperarse "o" tratar adecuadamente su dolencia. La conjunción permite entender que se trata de dos alternativas. Es decir cualesquiera de los dos supuestos más la siguiente condición: que no correspondiere su alojamiento en un establecimiento hospitalario.

Nuevamente podemos hallar problemas axiológicos al medir "enfermo" (no se requiere gravedad) con un "enfermo incurable" pero sin la condición técnica de terminal. Me pregunto si en la mayoría de los casos el "enfermo terminal" dudoso del inc. "b" no quedaría absorbido por el primero con riesgo que desaparezca este supuesto ante la redacción más generosa y amplia del inc. "a". Habrá que observar, en caso de ser aprobada la ley, cuáles serán los resultados en la práctica y cómo se orientará la nueva reglamentación.

Incluye también en el inc. "c" al "interno discapacitado", lo que resulta un avance en materia de derechos humanos en la medida en que se establezca, claramente, que discapacidades abarcará y los porcentajes.

En síntesis, el anteproyecto de ley apunta a mejorar el sistema y recepta los estándares universalmente reconocidos sobre derechos humanos pero, también, anticipa nuevos problemas a la hora de establecer, en cada caso, la benignidad del instituto de prisión domiciliaria. Porque seguirán indemnes las mismas dificultades epistemológicas producto de la convergencia interdisciplinaria que se encuentra en esta norma. Una norma que requiere, para su correcta aplicación, de la intervención pericial de un médico y una serie de informes y pericias combinadas antes de que el Juez decida la cuestión.

La interdisciplinariedad que implica la interpretación de la norma nos predispone a pensar que sería conveniente una dilatación del campo cognitivo del médico a fin de que no se detenga exclusivamente en el inventario clínico de la reglamentación del art. 33. De modo que, con la descripción del cuadro patológico y su pronóstico, se mida también el ambiente opresivo de la cárcel como una amenaza a la salud, aunque técnicamente la misma no sea calificada de "estadio terminal". Si el informe médico se limita a describir síntomas abstractamente consignados sin tener en cuenta la historia clínica donde se pueda ver, también, como influyó el tratamiento carcelario en su enfermedad y, finalmente, como influiría en el mismo la continuidad de la detención, estaríamos repitiendo el dogma señalado por Foucault de la salud como "desorden", desvinculado del "orden" represivo.

Un pronóstico que contemple otras consecuencias de la enfermedad provocadas por el ambiente tenebrosamente aflitivo de la cárcel podría evitar que el Juez se ciña al criterio dogmático del médico consignado en su informe clínico. A mi juicio, el problema hermenéutico sólo podrá ser resuelto con una reglamentación exhaustiva que tenga en cuenta la multidimensionalidad del problema y que organice, adecuadamente, los métodos cognitivos necesarios para evitar que resulte afectado el derecho a la salud en cualesquiera de sus

aspectos, más allá de las privaciones elementales del régimen de detención. Solamente la combinación multidisciplinaria ordenada con mayor fluidez entre operadores judiciales, médicos, sociólogos y agentes penitenciarios puede devolver al instituto de prisión domiciliaria una legitimidad necesaria.

## NOTAS Y REFERENCIAS

<sup>1</sup> En general la "muerte digna" se ha tratado desde la bioética y la medicina como un problema relacionado con la atención al paciente y las decisiones médicas frente a una enfermedad grave. Se refiere a los cuidados paliativos. Para el que se describe tres situaciones: la eutanásica, la distanásica y la ortotanásicas. "De allí que la expresión "derecho a morir con dignidad" –al decir de Marciano Vidal– no ha de entenderse como la formulación de un **derecho**, en el sentido preciso del ordenamiento jurídico; más bien, tiene una referencia al universo ético, es decir, expresa una **exigencia ética**. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al "morir" sino a la "forma", del morir, siendo esto último exacto". Cfr. BLANCO, Luis Guillermo. *Muerte digna. Consideraciones bioéticas-jurídicas*. Ad-Hoc. Buenos Aires 1997, p. 50.

<sup>2</sup> Cfr. ZAFFARONI, Eugenio Raúl, ALAGIA, Alejandro y SLOKAR, Alejandro, *Derecho Penal. Parte General*. Ediar, Buenos Aires, 2000, p. 908.

<sup>3</sup> Cfr. MUÑOZ CONDE, Francisco, *De nuevo sobre el "Derecho penal del enemigo"*. Editorial Hammurabi-José Luis Depalma. Buenos Aires 2008.

<sup>4</sup> Cfr. RIVERA BEIRAS, Iñaki, "Veinte años de Reforma Penitenciaria en España", en *Crimen y Castigo*. Cuaderno del Departamento de Derecho Penal y Criminología de la Facultad de Derecho-U.B.A. Año I, agosto de 2001, N° 1, Depalma, Buenos Aires, p. 219.

<sup>5</sup> Cfr. MIDON, Marcelo Sebastián. *Pericias Biológicas. Enigmas que se le plantean al hombre de Derecho*. Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza, 2005, p. 159.

<sup>6</sup> Cfr. ZAFFARONI-ALAGIA-SLOKAR, *ob. cit.*, p. 909.

<sup>7</sup> Cfr. FOUCAULT, Michel, *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2003, p. 216.

<sup>8</sup> Véase ORDEN DEL DIA nro. 1261, Sesiones Ordinarias, 2006, Cámara de Diputados de la Nación, Comisión de Legislación Penal del 6 de noviembre de 2006.