

Proyecto de Ley de Eutanasia en Chile

Centro de Bioética UC

El Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con el objetivo de informar y contribuir en la aclaración de conceptos en el debate acerca de la eutanasia que tiene lugar en el país, y que puede tener consecuencias tan graves, quiere compartir algunas reflexiones sobre la muerte digna.

1. Como es sabido, Holanda fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, en 2002. Desde entonces, otros cinco han seguido sus pasos, con regulaciones más o menos restrictivas (Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, y justamente, el 17 de diciembre de 2020 se aprobó en España). Además, en otros tres (Suiza, algunos Estados de EEUU y el estado de Victoria en Australia) se permite el suicidio asistido. En la mayoría de estos países una primera ley restrictiva ha dado paso a permisiones cada vez mayores.
2. Urge aclarar conceptos para que tengamos un entendimiento común de qué es y qué no es eutanasia. Nos referimos con **eutanasia** a la acción u omisión producida por un médico u otro miembro del equipo de salud, con la intención de provocar directamente la muerte de un paciente, para aliviar su sufrimiento y contando con su consentimiento (o del representante legal).¹ Es fundamental distinguirla de la **adecuación del esfuerzo terapéutico**, la cual consiste en la decisión de no iniciar o suspender medidas terapéuticas por su desproporcionalidad e inutilidad médica; es decir, porque ya no contribuyen a recuperar la salud ni a mejorar la calidad de vida del paciente. También se conoce como **limitación del esfuerzo terapéutico**. En contraste con la eutanasia, en este caso la intención no es provocar directamente la muerte sino permitir que la enfermedad siga su curso natural. Mientras la eutanasia busca adelantar artificialmente la muerte, la adecuación del esfuerzo terapéutico busca respetar el momento natural de ella. La **obstinación del esfuerzo terapéutico (o encarnizamiento terapéutico)** es justamente lo contrario, pues consiste en el inicio o continuación de tratamientos médicos fútiles, desproporcionados respecto de la situación del paciente particular, cuyo único objetivo es prolongar la vida de pacientes con pronóstico de vida muy limitado y sinterapias curativas disponibles. Esto es una mala práctica clínica.
En este sentido, estamos completamente a favor de la **muerte digna**, es decir, un proceso de muerte en el que se respeta y se promueven todas las medidas de confort, se alivia el sufrimiento, se acompaña en el cumplimiento de las últimas voluntades y en el rechazo a terapias que no se ordenen a dicha voluntad y en el que se hace todo lo posible para que el paciente se sienta acompañado y sostenido por sus seres queridos. Sin embargo, **matar a una persona** no puede considerarse una muerte digna, ni aún cuando se comprobara que esa era la voluntad del paciente. Matar

¹ Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Eutanasia y acto médico. *Rev. Méd. Chile*. 2011; 139(5):642-54.

siempre será un mal que hiere a todos los que se hacen parte de esta acción, incluyendo al médico que la ejecuta, al personal de salud que colabora, familiares, al paciente y a toda la sociedad.

3. Un elemento que ha marcado la discusión chilena es la idea “**eutanasia vs cuidados paliativos**”. Esto se debe a que aquí se está planteando la eutanasia como un acto de suprema libertad personal. Sin embargo, si algo ha quedado en evidencia en estos meses de pandemia, es que en Chile la libertad de elección está severamente constreñida por las determinantes sociales. En ese sentido, una condición imprescindible para poder elegir es que efectivamente haya opciones. Actualmente en el país hay realmente pocas opciones, y la más importante, los cuidados paliativos, apenas está parcialmente asegurada en el sistema público y privado de salud para pacientes con alguna enfermedad oncológica avanzada (garantía GES). Por eso, ante la pregunta de “¿qué hacemos con el sufrimiento que padecen tantos de nuestros compatriotas?”, la respuesta proviene casi exclusivamente del apoyo familiar y de los medios que cada uno tenga. En este contexto, las dos razones mayoritarias que expresan las personas con deseos de muerte son el mal control de síntomas (dolor, dificultad para respirar, etc) y el sentimiento de ser una carga. Los cuidados paliativos pueden ser efectivos contra la primera razón y, en parte, ayudar en la segunda razón. Una ley de cuidados paliativos es la verdadera urgencia del país, y la única respuesta compasiva a la totalidad de las personas que padecen una enfermedad terminal.
4. Creemos en la importancia de incluir en la discusión del proyecto la objeción profesional por parte del personal de salud. La **eutanasia atenta directamente contra la lex artis, la autonomía médica y el núcleo mismo de esta profesión**. La medicina se centra en el cuidado de la salud y la vida, pero sabemos que siendo seres vulnerables y mortales no siempre es posible la curación, y la muerte será un hecho cierto para todos nosotros. Nuestra muerte no cae en el ámbito de la libertad, pero sí la actitud que adoptemos frente a ella. Por lo tanto, se hace imprescindible para el personal de salud y aquellos involucrados en la muerte de un paciente resguardar la dimensión ética del morir, respetando los principios éticos involucrados tales como la proporcionalidad terapéutica, la veracidad, el no abandono, entre otros. Así lo entendió la doctora y pionera en cuidados paliativos: Cicely Saunders. Fue una ferviente defensora de la muerte con dignidad, oponiéndose a la eutanasia y promoviendo una cultura de acompañamiento al moribundo. Su convicción fue: “Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”.²
5. “**Deseo de morir y autonomía**”. En el último tiempo, especialmente en los países donde la muerte médicamente asistida es lícita, se ha estudiado el trasfondo de las solicitudes de eutanasia y se ha descrito la experiencia que hay detrás como “deseo de morir” (existe escasa evidencia al respecto en nuestro país).

² Obituary. *Pain* 2005; 118:283-4.

En el contexto de una enfermedad avanzada, el deseo de morir emerge como una reacción a un sufrimiento físico, psicológico, social y existencial, los cuales impactan en la autopercepción de la dignidad y del sentido de la vida del paciente. El deseo de morir puede contener distintos significados en cada individuo, sirviendo también a otros intereses más que un genuino deseo de morir. En algunos casos será una petición de ayuda para terminar con el sufrimiento, en otras una forma de aliviar a la familia de la carga de la enfermedad. Estas causas se podrían resolver de modos distintos a la implementación de una muerte provocada. Entender las razones y significados del deseo de morir es crucial para diseñar e implementar planes de cuidado que realmente cubran las necesidades de nuestros pacientes.³

6. **Las razones para oponerse a la eutanasia no son solo religiosas.** Aunque puede haber argumentos en diversas religiones para rechazarla y que son importantes para las personas creyentes, en tanto Centro de Bioética solo ofrecemos argumentos de razón natural, la razón que compartimos todas las personas, creyentes y no creyentes. Los argumentos para oponerse a la eutanasia en Chile son morales y de conveniencia (la eutanasia es un mal para el país y es también inconveniente).

³ Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, *et al.* Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open* 2017;7:e016659.