

MINUTA SOBRE PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS CUERPOS LEGALES, CON EL OBJETO DE PERMITIR LA EUTANASIA EN CASO DE ENFERMEDADES TERMINALES (BOLETÍN 9.644-11)

NOCIONES FUNDAMENTALES

Conceptos relevantes

La literatura sobre bioética realiza varias distinciones conceptuales, tales como eutanasia *voluntaria* (buscada por el paciente) *involuntaria* (buscada por un tercero), *no-voluntaria* (consentida por familiares), *activa* (acción que busca acabar con la vida del paciente) y *pasiva* (omisión que busca acabar con la vida del paciente)¹. Sin embargo, los profesionales que trabajan en el área de los cuidados paliativos prefieren hablar simplemente de *eutanasia*, enfatizando que deben ser actos que deliberadamente buscan acabar con la vida del paciente y que deben ser consentidas por el mismo (en ese caso, las eutanasias que no sean voluntarias serían en la práctica asesinatos). En ese sentido, **no entran en la categoría de eutanasia las *sedaciones paliativas*² (aun cuando puedan acortar la vida del paciente) ni las *adecuaciones del esfuerzo terapéutico*³.**

Por último, el criterio para distinguir cuándo actuar y cuándo no, es lo que se conoce como *proporcionalidad terapéutica*.

Relevancia de estos conceptos para la opinión pública

La distinción anterior es muy relevante, porque la inmensa mayoría de los casos más dramáticos e impactantes pueden ser manejados sin la necesidad de una ley de eutanasia, usando métodos que alivien dolores muy fuertes (aun cuando acorten la vida del paciente sin buscarlo) o dejando de usar otros, a sabiendas que conducirán a la muerte de forma natural.

Aun cuando al parecer una mayoría de la población parece estar a favor de esta ley⁴, es muy probable que la mayoría esté pensando en sedaciones muy agresivas o en desconexiones, estrategias que como vimos sí son contempladas por la ética médica y que no son consideradas como eutanasia. Un ejemplo empírico de esta situación se puede

¹ Carrasco, M. A. (2008). 9. Eutanasia: muerte ¿Digna? En Problemas Contemporáneos de Antropología y Bioética (Primera Edición, pp. 163-190). Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad.

² Es decir, usar medicamentos que disminuyan el nivel de conciencia del paciente cuando este presenta *síntomas refractarios*, es decir, que no pueden ser manejados con los instrumentos disponibles y que por lo general producen dolor al paciente.

³ Omisión de acciones que, si bien podrían prolongar por un tiempo la vida del paciente, implican un costo y un esfuerzo demasiado alto para los recursos disponibles.

⁴ 68% de la población según la encuesta Plaza Pública (CADEM) de la primera semana de mayo (estudio n°225). La encuesta tiene varios sesgos metodológicos, pero es posible que efectivamente haya una mayoría de chilenos que afirme creer en la eutanasia.

encontrar en Canadá⁵, donde un grupo de investigadores usó distintas formulaciones para medir la aprobación de la eutanasia en una muestra de 991 personas. El estudio mostró que si bien el 81% de la población decía aprobar la eutanasia, un 66% también pensaba que retirar un tratamiento también lo era y un 49% pensaba que una sedación paliativa también se consideraba eutanasia. Bajo esas condiciones, **es perfectamente posible que la aprobación de la eutanasia sea menor a la que se indica en las encuestas de opinión.**

Como dato adicional, los autores de este estudio consideran que el uso en el debate de conceptos como “eutanasia pasiva” o “eutanasia activa” pudieron haber creado mayor confusión, pues hacen considerar a la opinión pública como eutanasia a situaciones que de hecho no lo son. Por lo mismo, se recomienda no utilizar estos términos para propiciar un debate más honesto.

Cuidados paliativos: la verdadera solución

A pesar de que una parte del apoyo a la eutanasia probablemente se deba a una confusión conceptual, ciertamente hay muchos enfermos terminales que no reciben los cuidados y el apoyo necesarios. En estos casos, sin embargo, **la solución no es legalizar la eutanasia sino mejorar los programas de cuidados paliativos existentes en el país.** Un ejemplo: a finales de los 90's, el 25% de los pacientes de un hospital holandés pedían eutanasia. Al cabo de 4 años, luego de pasar por un programa de cuidados paliativos, sólo dos pacientes aún mantenían su deseo.⁶ Esto da cuenta de cómo **en la inmensa mayoría de los casos detrás de una eutanasia hay miedo, fatiga o depresión⁷ y no una verdadera reivindicación de la autonomía, como los propulsores de esta ley argumentan.** Es por eso que antes de siquiera pensar en una ley de eutanasia, los legisladores deben pensar en cómo mejorar el sistema de cuidados paliativos, para entregar el cuidado físico, mental y espiritual que los pacientes realmente piden.

Diagnóstico y desafíos para los cuidados paliativos en Chile

Si bien Chile tiene uno de los mejores sistemas de cuidados paliativos en América Latina, existen serias dificultades que impiden dar un servicio extendido y de calidad. **En primer lugar, los servicios de salud sólo pueden entregar cuidados paliativos para los pacientes de cáncer.** Más aún, recién desde el año 2006 que incluye a pacientes con cáncer no progresivo y sólo para el 2020 se piensa ampliar este servicio. **Además, la canasta de servicios es reducida: salvo hospitales específicos, ésta no incluye visitas domiciliarias,** las que normalmente quedan en manos de CESFAM⁸, que ya se encuentran sobre demandados. De forma adicional, normalmente los doctores que atienden pacientes terminales no están capacitados en cuidados paliativo: además de mirar los cuidados

⁵ Marcoux, I., Mishara, B. L., & Durand, C. (2007). Confusion Between Euthanasia and Other End-of-Life Decisions: Influences on Public Opinion Poll Results. 98(3), 235-239.

⁶ Janssens, R. J., ten Have, H. A., & Zylicz, Z. (1999). Hospice and euthanasia in The Netherlands: an ethical point of view. Journal of Medical Ethics, 25(5), 408-412. <https://doi.org/10.1136/jme.25.5.408>

⁷ Alejandra Carrasco da cuenta de un estudio holandés que registra las principales motivaciones detrás de las peticiones eutanasia. Las cinco principales fueron: 1) Miedo, 2) Fatiga emocional 3) Control de la muerte, 4) Depresión y 5) Dolor intenso. En total, el control sobre la muerte no representaba el 20% de los casos. Ver: Carrasco, M. A. (2008). 9. Eutanasia: muerte ¿Digna?... P. 184.

⁸ Centros de Salud Familiar, encargados de proveer atención primaria de salud.

paliativos como “la pariente pobre” de la medicina, no saben cómo lidiar con el dolor y angustia de sus pacientes⁹. Esto no es de extrañar, pues expertos señalan que ocurre lo mismo en otros países¹⁰.

En resumidas cuentas, no hay un sistema de cuidados paliativos plenamente implementado en Chile y esto debiera ser un problema aun para aquellos que aprueban la eutanasia. Así lo piensan expertos que apoyan esta práctica y de hecho, reconocen que es prácticamente imposible asegurar que en todos los casos la decisión de morir sea completamente libre. Es por esta misma razón que otros expertos¹¹ no recomiendan comenzar una discusión sobre eutanasia sin antes implementar un buen sistema de cuidados paliativos. A nuestro juicio, no pueden haber razones más claras para oponerse a la eutanasia hoy.

⁹ Esta es al menos la percepción de la enfermera coordinadora del programa de cuidados paliativos del Hospital Clínico de la Universidad Católica.

¹⁰ Hendin, H. (2004). The Case Against Physician-Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care. *Psychiatric Times*; Manhasset, 21(2), 1,6,8-10.

¹¹ Al parecer hay un documento de la OMS en que se hace esta recomendación, pero todavía no lo encontramos.