

EUTANASIA Y BUEN MORIR

5 CLAVES PARA EL DEBATE

Constanza Richards
Investigadora asociada IES



EUTANASIA Y BUEN MORIR

5 claves para el debate

1

Hoy en Chile se discuten dos proyectos de ley que se refieren a la muerte de los ciudadanos. Uno garantiza como prestación médica exigible el derecho a la eutanasia para enfermos incurables, mayores de 14 años. El otro reconoce el derecho a los cuidados paliativos del enfermo terminal, pero sin garantizar su financiamiento. Este panorama obliga a reflexionar sobre el modo en que, como sociedad, nos relacionamos con la muerte.

2

Las justificaciones que suelen ofrecerse en favor de la eutanasia son problemáticas. Si la autonomía personal es el argumento decisivo, no se entiende por qué solo los enfermos incurables podrían solicitarla. De hecho, cualquier requisito adicional que se añada para corroborar la validez del consentimiento de la persona, incluyendo la compasión por su dolor, entra en tensión con la idea de que la libertad individual sería el fundamento del “derecho a morir”.

3

Una vez legalizada la eutanasia, quien sufre un padecimiento profundo no solo deberá lidiar con su enfermedad, sino también con la eventual presión de quienes lo rodean. Ante la perspectiva de una medida menos costosa y más expedita como la eutanasia, el enfermo debe probarse a sí mismo y a su entorno por qué prefiere seguir viviendo. Simultánea y paradójicamente, los promotores de la eutanasia pretenden que su decisión, en medio de este contexto, sea de carácter libre y espontáneo.

4

Mientras provocar la muerte de manera directa y deliberada no corresponde a ningún acto médico o curativo, aliviar el dolor sí se encuentra entre los fines primordiales de la ciencia médica. Sin embargo, la aprobación de la eutanasia pareciera desincentivar tanto el financiamiento como la prioridad de los cuidados paliativos, que son la opción más consistente con la práctica médica.

5

Tanto la eutanasia como el encarnizamiento terapéutico son signos de un fuerte intento del hombre por controlar la naturaleza. Dicho activismo muchas veces nos ciega ante la inevitable fragilidad y mortalidad del ser humano. El desafío es decidir qué actitud tendremos ante la muerte: si acogeremos con cuidado y apoyo al doliente o si le pediremos que adopte, en solitario, la opción que comprende su sufrimiento como un obstáculo para sí mismo y los demás.

Cómo citar este documento:

Richards, Constanza, "Eutanasia y buen morir", *Claves para el debate* n°2 (septiembre de 2019).

EUTANASIA Y BUEN MORIR

Constanza Richards¹

Introducción

La mayor expectativa de vida y los avances de la medicina han hecho que, durante los últimos años, se discutan en nuestro debate público ciertas políticas relativas al bienestar que experimentan, o debieran experimentar, las personas en la etapa final de sus vidas. Todo esto, además, ha alcanzado cierta notoriedad debido a algunos pacientes que sufren enfermedades incurables y han solicitado públicamente la aplicación de una inyección letal que les provoque la muerte. En tal contexto, hoy se discuten dos proyectos de ley que proponen regular las circunstancias que rodean la muerte de los ciudadanos.

El primer proyecto propone legalizar la eutanasia en nuestro país. Presentado en 2014 por el diputado Vlado Mirosevic, esta propuesta plantea la consagración del denominado “derecho a la eutanasia”, considerado en su calidad de prestación de salud garantizada por el Estado². El proyecto fue refundido con otros y modificado vía indicaciones legislativas (por ejemplo, extendiendo la eutanasia para mayores de 14 años), y fue recientemente aprobado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. El mencionado derecho comprendería tanto la muerte provocada directamente por el médico (eutanasia) como la prescripción o suministro de una sustancia que el paciente se autoadministra, causándole la muerte (suicidio asistido). La eutanasia solo podría solicitarse en ciertas situaciones que la ley llama “problemas de salud graves e irremediables”: (i) haber sido diagnosticado de una enfermedad

terminal, o (ii) presentar una enfermedad o dolencia seria e incurable, caracterizada por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades, y en una situación en la cual la persona padezca sufrimientos persistentes e intolerables —de naturaleza física o psíquica— que no puedan ser aliviados en condiciones aceptables. Además, con antelación y ante un ministro de fe, se podría expresar por escrito el deseo de recibir asistencia médica para morir en caso de encontrarse, en algún momento de la vida, en tales situaciones.

El segundo proyecto fue enviado por el Presidente de la República a la Cámara de Diputados el 2 de abril de 2019, proponiendo “el reconocimiento y protección de los derechos de las personas con enfermedades terminales y el buen morir”³. En él se establece el derecho al cuidado integral del enfermo terminal, orientado a aliviar sus padecimientos cuando el paciente presenta una enfermedad incurable, irreversible y progresiva, sin posibilidades de respuesta a los tratamientos curativos y con un pronóstico de vida limitado. En contraposición al proyecto de ley que legalizaría la eutanasia, mantiene el criterio ya contenido en nuestra legislación, es decir, que en ningún caso los cuidados paliativos podrán acelerar la muerte o prolongar artificialmente la vida⁴. Asimismo, ordena a la autoridad sanitaria adoptar medidas para promover el acceso de los pacientes a los cuidados paliativos, tanto hospitalarios como domi-

¹ Investigadora asociada del IES. Abogada de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Doctor (c) en Derecho por la misma casa de estudios.

² Boletines N° 11745-11, 11577-11, 9644-11 y 7736-11. (https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12267&prmBoletin=11745-11)

³ Boletín N° 12.507-11. (https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=13038&prmBoletin=12507-11).

⁴ Por ejemplo, el artículo cuarto de este proyecto declara que la protección de la dignidad y autonomía de las personas en situación de enfermedad terminal supone siempre respetar su vida y considerar a la muerte como un proceso natural.

ciliarios. Ahora bien, recalca que debe hacerse dentro del marco de los recursos disponibles conforme a la Ley de Presupuestos de cada año, sin que se garantice el acceso universal a los cuidados paliativos.

Aunque el proyecto presentado por el Presidente Piñera intenta dar una respuesta a los casos que no están cubiertos por nuestro sistema de salud, resulta difícil anticipar el cambio efectivo que podría producir esta ley, en la medida en que solo se limita a reforzar el reconocimiento de derechos que ya se encuentran consagrados en las normas vigentes. Por ejemplo, los artículos 14 y 16 de la ley de derechos y deberes de los pacientes (N° 20.584) establecen que el paciente en estado de salud terminal tendrá derecho a denegar su autorización para cualquier tratamiento o intervención, salvo que se tenga como objetivo la aceleración artificial de la muerte, prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio; y que, asimismo, tendrá derecho a cuidados paliativos. Acerca de este último punto, sin embargo, actualmente solo el cáncer avanzado cuenta con cuidados paliativos garantizados⁵.

Dada la presencia de diferentes perspectivas sobre la materia, resulta imprescindible analizar el trasfondo de la discusión sobre eutanasia y buen morir. Es lo que proponemos a continuación.

1. Eutanasia y sociedad tecnológica

Etimológicamente, eutanasia significa “buena muerte”, ya que proviene de los vocablos griegos *eu* (bien) y *thánatos* (muerte). Qué se entiende o qué debiera entenderse por buena muerte es un

⁵ Decreto Supremo N°3 de 2016, Ministerio de Salud.

debate desarrollado ampliamente a lo largo de la historia⁶. En términos generales, se entiende por eutanasia aquella acción u omisión que buscar dar muerte a un tercero, con el fin de aliviar un sufrimiento intolerable, sea de naturaleza física o psíquica. En el caso de que la muerte sea producto de una acción, se le considera eutanasia directa o activa, y si se trata de una omisión, rechazo o suspensión de un tratamiento médico se le llama pasiva o indirecta. A su vez, la eutanasia voluntaria es aquella solicitada por el paciente, y la involuntaria, aquella en que la decisión proviene de un tercero⁷.

Sin perjuicio de las diferentes clasificaciones, para efectos de este documento entenderemos por eutanasia aquella que se discute actualmente en el Congreso Nacional, la llamada eutanasia voluntaria activa⁸, asimilada también al suicidio asistido en el proyecto de ley ya referido. Es decir, hablaremos de eutanasia como aquella en que el paciente solicita que se le dé muerte o se le faciliten los medios para procurársela por sí mismo, ya sea que la solicitud se realice al momento de la atención médica o en forma anticipada ante un ministro de fe.

Ahora bien, esta discusión no se da en el vacío, sino en medio de un sistema sanitario

⁶ Véase, por ejemplo, Dietrich von Engelhardt, “La Eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado y retos del presente”, *Acta Bioethica* (2002), 55; Klaus Bergdolt, “Aspectos actuales e históricos de la eutanasia”, *Ars Médica* 32 (2003), N°2; Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (Chapell Hill y Londres: The University of North Caroline Press, 1995).

⁷ Véase, entre otros: Warren Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics* (Nueva York: MacMillan, 1995); Carlos Romeo Casabona, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana* (Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 1994); Alejandro Miranda, “La eutanasia ante la Ética y el Derecho” en *Problemas de Derecho Natural* (Santiago: Thomson Reuters, 2015).

⁸ Más adelante se tratará la voluntariedad de la eutanasia. Véase las secciones 2 y 3.

que presenta un alto grado de complejidad y desarrollo tecnológico. Si en el pasado el médico visitaba a los enfermos en sus hogares, hoy los pacientes ingresan a hospitales donde son atendidos por personal especializado, con equipos que no existen fuera del centro de salud y que permiten a los profesionales salvar vidas que en otro tiempo hubieran sido imposibles de mantener. El avance de la ciencia médica ha sido inmenso en el último siglo. Por ello, es comprensible que tanto el equipo médico como los pacientes y familiares confíen en que existan alternativas para vencer la enfermedad y regresar a la funcionalidad de nuestra vida cotidiana. En medio de esta esperanza surge muchas veces un afán combativo contra patologías que no siempre se pueden curar. En aquellos casos, la ciencia solo logra detener o ralentizar el daño progresivo de la enfermedad en el cuerpo, sin devolver el estado de bienestar general al enfermo y dejándolo suspendido en medio de un eterno combate entre la enfermedad y la ciencia. El paciente termina siendo el campo de batalla entre dos posiciones que intentan ganar terreno.

La aplicación de tratamientos médicos que solo prolongan la vida de pacientes con un pronóstico muy limitado y sin terapias curativas a su haber se conoce como encarnizamiento terapéutico⁹. En vez de aliviar y curar, se retrasa un proceso inevitable a costa de condiciones que fueron aceptadas por el enfermo bajo la promesa de ayuda, sea cura o alivio, y no del mero retraso de la muerte. Ante esta obstinación, en el caso de enfermedades inhabilitantes e irreversibles, no es extraño que se reactive con más fuerza la discusión sobre la eutanasia.

A partir de esto último, el filósofo Robert Spaemann ha señalado que “la ‘eutanasia activa’ es el reverso de un activismo que tiene que ‘hacer algo’ hasta el último momento: si ya no puede conseguirse que una persona viva, enton-

ces hay que hacer que muera”¹⁰. Sin desconocer las circunstancias de agudo dolor y profunda desesperación que genera un estado de enfermedad permanente, es necesario advertir que hemos adoptado formas de relacionarnos en el ambiente sanitario que han olvidado progresivamente la relación de confianza entre el médico y sus pacientes, en la cual lo importante no era evitar la muerte a toda costa, sino honrar la dignidad de la vida humana hasta su último momento. Porque se valora la vida humana es que se procura curarla, y porque todo ser humano es digno, se le alivia hasta su último instante. El objetivo nunca fue únicamente eliminar la enfermedad. Como recalca Spaemann, si se pretende acabar con ella a como dé lugar pero no se consigue hacerlo, ahora se elimina al enfermo. Nuestra sociedad está tan enfocada en acabar con el dolor que olvida que eso siempre fue solo un medio para ayudar al otro.

Por lo anterior, destacamos la clasificación que propone María Alejandra Carrasco¹¹, para quien esta discusión corresponde a la actitud que decide tener la sociedad y el Estado ante el dolor y la muerte. Mientras la eutanasia *adelanta* la muerte del que sufre, el ensañamiento terapéutico la *retrasa*. Aunque parecen opuestas, ambas conductas excluyen a la muerte como un hecho propio e inevitable de la vida humana. Ambas olvidan que la condición mortal del ser humano es algo que no podemos cambiar, mientras que sí se encuentra a nuestro alcance decidir cómo nos enfrentamos a ella. La adecuación terapéutica¹², por otro lado, es una alternativa a ambas prácticas, y consiste en aplicar el tratamiento apropiado considerando todas las alternativas que ofrece

¹⁰ Robert Spaemann, “¿Matar, o dejar morir?”, *Cuadernos de Bioética* (2007), 115.

¹¹ María Alejandra Carrasco, *Problemas contemporáneos de antropología y bioética* (Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad, 2011).

¹² Entre otros: Jacinto Bátiz, “Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos”, *Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao* (2014), 57; J. L. Greenwald, L. Halasyamani, J. Greene, et al. “Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps”, *Journal of Hospital Medicine* 5 (8) (2010), 477.

⁹ *Dignidad de la persona enferma al final de su vida: Reflexión de la Facultad de Medicina* (Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018), 10.

la medicina, pero teniendo siempre en cuenta las circunstancias personales de cada paciente. En tal caso, se omiten o suspenden tratamientos que no lo mejoren o ayuden, pero sin la intención de matarlo, y se acentúa el esfuerzo en aquellos que lo alivian porque se acepta la mortalidad humana. A fin de cuentas, se acepta que, en determinado momento, no hay nada más que hacer que acompañar, esperar y aliviar hasta el final.

La forma que tienen las sociedades occidentales de procurar la salud para sus enfermos muchas veces los arrincona en una posición clientelar: el paciente demanda un servicio y el sistema provee las alternativas. En este contexto, se pretende que con la consagración de la eutanasia se ofrezcan al ciudadano tres alternativas en forma simultánea: (i) adecuación del esfuerzo terapéutico —que considera especialmente no iniciar o suspender tratamientos por desproporción o inutilidad médica—, permitiendo el curso natural de la enfermedad cuando ella sea incurable, conjuntamente con cuidados paliativos, incluyendo la sedación paliativa (el uso supervisado de medicamentos que disminuyen la conciencia del paciente, aliviando el sufrimiento intratable); (ii) persistencia en la terapia para retrasar lo inevitable; y (iii) eutanasia en caso que se pretenda la muerte anticipada, especialmente cuando la alternativa anterior ha fallado. De este modo, la decisión sobre cómo vivir o enfrentar la instancia final de la vida estaría exclusivamente en manos de cada individuo.

Sin embargo, la verdadera alternativa está más allá de la eutanasia o la terapia, y consiste en escoger qué actitud asumiremos ante nuestra mortalidad. Esa decisión es, necesariamente, una decisión colectiva: quien pide la eutanasia necesita asistencia para ello, así como también la necesita quien requiere cuidados hasta su último momento. Resulta difícil imaginar un escenario donde las opciones individuales permanezcan aisladas entre sí. Veamos.

2. Límites de la autonomía

La propuesta por el reconocimiento legal del derecho a la eutanasia suele fundarse en dos argumentos principales: (i) el respeto a la autonomía de la persona, lo cual incluiría el derecho a decidir cuándo y cómo morir, y (ii) la compasión que el entorno del paciente y la sociedad en su conjunto debieran mostrar ante el dolor intolerable de quien padece¹³.

La autonomía personal es probablemente el argumento más difundido para sostener el reconocimiento de la eutanasia como un derecho inalienable del ser humano. Con la consagración del derecho a la vida privada como una garantía constitucional¹⁴, incluido como tal en tratados internacionales de derechos humanos¹⁵, se pretende que esta institución proteja al individuo de la injerencia de la autoridad o de terceros respecto de su vida privada y familiar. Según algunos, la decisión sobre la propia muerte se encontraría dentro de esta esfera de competencia personal, en la que ningún agente externo puede inmiscuirse.

Para Ronald Dworkin, en nuestra cultura occidental contemporánea “las personas tienen el derecho y la responsabilidad moral de enfrentarse por sí mismas a las cuestiones fundamentales acerca del significado y valor de sus propias vidas, respondiendo a sus propias conciencias y convicciones”¹⁶. Luego, solo el individuo en su fuero interno podría saber si su vida vale la pena ser vivida y establecer las motivaciones para que así sea. Tanto el derecho a rechazar el tratamiento como la voluntad libre de morir encontrarían protección jurídica en el principio de la autodeterminación personal. En ese sentido,

13 Entre otros: Antonio Bascañán R., “Desarrollos recientes en la jurisprudencia sobre el derecho a morir”, *Revista Médica de Chile* (2016), 483-487. Peter Singer, *Ética práctica* (Cambridge: Cambridge University Press, 1995).

14 Artículo 19 N°5 de la Constitución Política de la República de Chile.

15 Artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos; y artículo 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

16 Ronald Dworkin, *El Dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual* (Barcelona: Ariel, 1994), 217.

un ordenamiento que niega la libertad del paciente para determinar el momento y modo de su muerte, castigando al tercero que lo ayuda a cumplir su voluntad, caería en un paternalismo que no respeta su autonomía. En cambio, valorarla y respetarla requeriría reconocer la legitimidad de la eutanasia, no solo despenalizando su ejercicio sino, además, convirtiéndola en una prestación garantizada por el Estado.

Sin embargo, los mismos partidarios de la eutanasia reconocen que nunca sería recomendable despenalizar completamente ni en cualquier circunstancia el homicidio a petición¹⁷. En primer lugar, habría que prevenir que cualquier persona pretenda liberarse de la pena por el delito de homicidio, alegando que realizó su conducta para dar cumplimiento al deseo de la víctima. De ahí que parte de las reglas del proyecto estarían orientadas a dejar constancia de la voluntad del solicitante. Ahora bien, una cosa es registrar con anterioridad la expresión de la voluntad de la persona, pero otra distinta y más difícil es que ese registro provenga de una decisión libre y espontánea. ¿Quién y cómo se asegura que tal voluntad surge solo de su propia iniciativa?

El problema de los vicios del consentimiento en los actos jurídicos —error, fuerza o dolo— ha sido ampliamente discutido, y parece imprescindible establecer con claridad si la persona que admitió su propia muerte otorgó su consentimiento con plena conciencia del significado de su solicitud, sin ser objeto de engaños ni presiones. Se trata de un problema de política criminal, pues estamos hablando de despenalizar un acto que coincide con la descripción de un homicidio. Incluso para quienes defienden la eutanasia desde la autonomía resulta difícil encontrar el mecanismo adecuado para que, en los hechos, no signifique abrir la puerta a terceros que quieran

beneficiarse de la muerte de otros, forzándolos a optar por la eutanasia mediante manipulaciones.

De este modo, se pretende que un adecuado procedimiento, asistido por profesionales que verifiquen las capacidades cognitivas y volitivas del paciente, bastaría para que se aplique la eutanasia solo a quienes la quieren libremente. Esta es, de hecho, la garantía de voluntariedad que ofrece el actual proyecto de ley que se tramita en Chile: solo podrá solicitar asistencia médica para morir el mayor de 14 años que padezca una enfermedad, dolencia o minusvalía y que, a la vez, se encuentre consciente y capaz al momento de realizar la solicitud. Sin embargo, ¿es verdaderamente posible garantizar que alguien está obrando libre de presiones en estas circunstancias? El paciente puede estar libre de error e incluso de engaño, pero es muy difícil garantizar que esté libre de las presiones que el contexto por sí solo genera. Volveremos sobre esto más adelante.

Si la autonomía es el primer argumento para sostener la eutanasia, no deja de sorprender que, hasta el momento, ninguna legislación del mundo reconozca lisa y llanamente la voluntad de morir como argumento suficiente para que esta proceda. Exigir que solo se pueda solicitar la eutanasia en algunos casos y circunstancias específicas aparece como una pretensión contradictoria con la propuesta liberal de proteger la autonomía como fundamento esencial de la dignidad humana. Estas circunstancias serían establecidas previamente por la legislación; fuera de ellas “no habría derecho a la eutanasia”, a pesar de que toda persona sería capaz de autodeterminación, capacidad que debiera ser reconocida y protegida mediante el reconocimiento del “derecho a morir”. No se entiende por qué solo los enfermos —y no todos— están en circunstancias de ejercer su libertad y que, a su vez, ello sea el fundamento para justificar una institución que permite matar a otro impunemente.

Esto es lo que Robert Spaemann, Gerrit Hohendorf y Fuat Oduncu señalan como la parado-

17 Entre otros: Günther Jakobs, *Suicidio, eutanasia y derecho penal* (Valencia: Tirant Lo Blanch, 1999). Felipe Jiménez, “Consentimiento y delitos contra la vida humana desde la perspectiva constitucional”, *Revista de Estudios de la Justicia* (2012), 259-278.

ja moral en la justificación del suicidio asistido mediante la autodeterminación. ¿Acaso el principio de autonomía no exige que a todo ser humano se le permita determinar moral y legalmente los criterios para evaluar su vida y sufrimiento? ¿Por qué solo algunas situaciones serían admitidas bajo los supuestos de la asistencia médica para morir? ¿Qué pasa con el derecho a decidir sobre su propia muerte de aquellas personas que se encuentran fuera de esos requisitos? ¿Por qué la autonomía personal no basta por sí sola?¹⁸ Enfrentar estas interrogantes exige un análisis posterior.

3. Vulnerabilidad y carga de la prueba

Tal como veíamos, se busca un mecanismo que garantice la seriedad y plausibilidad de la voluntad de morir. Llegados a este punto, usualmente se recurre a la compasión como criterio decisivo para asegurar que alguien desearía su propia muerte. Según se dice, este es el criterio que asistiría a cualquiera de nosotros para convenir con el doliente que su petición de muerte asistida es espontánea. Es decir, una petición que surge de sí mismo justamente porque está sufriendo de modo muy profundo. La empatía con alguien que sufre es —se espera— un sentimiento muy humano y natural en la mayoría de las personas.

Sin embargo, desde una perspectiva liberal como la descrita, cualquier criterio de racionalidad del procedimiento se convertirá en una tutela hacia el individuo que no tiene sostén¹⁹: a fin de cuentas, no sería el criterio individual el que determina cuándo se quiere morir, sino que serían terceros quienes determinan cuándo ese deseo es aceptable. La impunidad de la eutanasia, entonces, ya no se funda en la autodeterminación, sino en la coincidencia entre el deseo del doliente y nuestra evaluación de sus circunstancias. Esto

último resulta sumamente preocupante: solo autorizamos su muerte porque coincidimos en su evaluación sobre si su vida vale la pena ser vivida. En cambio, si respetáramos su decisión, no permitiríamos que las circunstancias o motivos por los que la toma sean evaluados por un tercero. En efecto, si nos permitimos suponer cuándo es comprensible que otro desee morir, podríamos permitirnos suponer su voluntad sin que aquel la exprese. La diferencia entre una suposición y otra es sumamente tenue.

Aun con la delicadeza con que se aborda el tema, la inconsistencia descrita más arriba sigue en pie. No hay coherencia alguna entre fundar la eutanasia en la libertad individual y circunscribirla únicamente para casos de dolor intolerable, físico o psíquico. Al contrario de lo argumentado por Dworkin, así se restringe masivamente la autodeterminación que se pretende reconocer al ser humano. Esta contradicción es un importante obstáculo para considerar la eutanasia como una medida adecuada, porque no parece posible cumplir el primer cometido —respetar la autonomía— limitándola por estos medios. Aunque en la teoría consideramos plausible que el paciente ejerza su libertad optando por cualquier alternativa para enfrentar su enfermedad, en la práctica no es así. Volvemos, entonces, sobre la pregunta: ¿por qué la eutanasia sería la mejor alternativa? ¿Qué la justifica? ¿Son argumentos suficientes el reconocimiento a la autodeterminación o el sufrimiento insoportable? ¿Insoportable para el paciente o para la sociedad que lo rodea?

Desde luego, es comprensible que padecimientos extremos —sean físicos, psíquicos o espirituales— propendan a generar en el paciente una sensación de ajenez a la vida y que, en esa posición de desesperación apremiante, se soliciten medidas como la eutanasia. Ante esto, se dice que es un ejercicio de compasión o empatía con el doliente el autorizar la eutanasia, que al estar en su lugar nadie querría vivir esforzándose

¹⁸ Robert Spaemann, Gerrit Hohendorf y Fuat Oduncu, *Vom Gutem Sterben. Warum es Keinen assistierten Tod geben darf* (Friburgo: Herder, 2015), 130-134.

¹⁹ Spaemann, “¿Matar o dejar morir?”, 112.

para mantener un *statu quo* que no logra curar la enfermedad ni aliviar los sufrimientos. Esto puede ser cierto, pero no es todo el cuadro.

Ningún enfermo está solo; casi siempre hay familiares o amigos que lo acompañan y apoyan su subsistencia. En última instancia, está el personal sanitario que lo rodea. En la medida en que la eutanasia sea una alternativa, lo será tanto para el enfermo como para su entorno. Todos sabrán que esa difícil realidad tendría un escape que solo depende de su decisión. Aunque nadie lo diga, todos conocerán la puerta de salida de tales sacrificios y, sobre todo, de quién dependerá abrirla. Como dijimos, es difícil suponer que no existan presiones en la solicitud de eutanasia cuando el entorno se encuentra muy presionado por un desgaste emocional y económico. ¿Puede el legislador o el psiquiatra asegurar que el enfermo está decidiendo por su deseo de morir antes que por su deseo de no ser una carga?

La vulnerabilidad es un elemento recurrente en casos de atenuación de responsabilidad en todo el ordenamiento jurídico. El estado de necesidad justificante en el hurto famélico, la amenaza a la vida e integridad en la legítima defensa, las dificultades cognitivas que impiden comprender lo injusto del actuar y, por tanto, inhiben la atribución de culpabilidad; todas constituyen ejemplos de situaciones en que la vulnerabilidad se encuentra —junto a otras circunstancias— en la raíz de la dificultad para encontrar actos libres susceptibles de atribución de responsabilidad jurídica. Sin embargo, en el proyecto de eutanasia el sufrimiento intolerable e irreversible pareciera ser garantía de libertad y conocimiento del actuar.

El proyecto solo contempla un análisis que descarta patologías psiquiátricas, pero no aborda la vulnerabilidad como una situación de asimetría o injusticia para el paciente que es llamado a tomar la decisión. Una oferta general de eutanasia es un escenario muy diferente al de aquel enfermo que, desgastado por tanta lucha, quiere que lo dejen morir en paz. Cuando la

eutanasia está desde el principio en el horizonte de referencia del paciente, se encuentra aún más solo en su dolor, pues es el único que puede decidir, no solamente respecto de su pesar, sino del de muchos. Si actualmente tiene que explicar a su entorno por qué desea morir, tras la instauración de la eutanasia deberá justificar, muy probablemente, por qué quiere seguir luchando. Si es el apremio de un padecimiento el que impulsa la solicitud de la eutanasia, parece crueldad —y no compasión— agregar otra presión más al doliente.

4. Reflexiones finales: ¿aliviar el dolor o causar la muerte?

La situación de fragilidad en que se encuentra el paciente es, justamente, la base de la relación entre este último y el médico. Es un vínculo de confianza entre quien sufre una condición patológica y aquel a quien se le reconoce mayor conocimiento, experiencia y vocación para curarlo. El médico está dedicado a prevenir dolencias y conservar la salud, aliviar el sufrimiento, evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz²⁰. Los avances científicos no solo propician actos de obstinación terapéutica, sino que, por sobre todo, ofrecen recursos cada vez más eficaces para combatir el dolor y entregar cuidados paliativos. Hacerse cargo de la agonía del enfermo es lo propio de la profesión médica²¹.

No obstante, la aplicación de la eutanasia como una prestación médica garantizada desnaturaliza y distorsiona el vínculo médico-paciente, transformándolo aún más en una relación clientelar, que se ve reforzada al incluir dentro de la oferta cualquier tipo de servicios que, como la alternativa de la muerte, son ajenos a la curación y al alivio. El “derecho a la

20 "The goals of medicine. Setting new priorities", Hasting Center de Nueva York, 1996.

21 Grupo de Estudios de Ética de la Sociedad Médica de Santiago, "Eutanasia y acto médico", *Revista Médica de Chile* 139 (2011), 642-654.

eutanasia” requiere de la existencia de alguien que ejecute el procedimiento y, según el proyecto en trámite, los médicos serían los responsables de realizarlo. Por el solo hecho del ejercicio de su profesión estarían obligados a representar al Estado en el cumplimiento de la garantía de la eutanasia. Si no quiere que su ejercicio profesional incluya dar muerte, el médico estaría obligado a ser objetor de conciencia. ¿Tenemos noción del tipo de transformación de la profesión médica que así se consagra?

Los profesionales de la salud tienen acceso privilegiado a conocimientos, fármacos y otros medios que no se ofrecen a la población en general. La razón de tal privilegio es justamente la función sanadora de la medicina. Siempre es preciso recordar que la línea entre la voluntad de querer ayudar y el “mejor intencionado de los abusos”²² es muy delgada. En cierta medida, con una ley como esta el Estado descansa en dichos profesionales para explicitar cuándo y de qué manera se debiera aliviar a una persona. Sin embargo, como ya se ha dicho, esa es una actitud ante el dolor del otro que nos corresponde a todos como comunidad: somos todos nosotros quienes ayudamos al que sufre a no sentirse una carga y,

en medio de esa responsabilidad colectiva para con ciertos enfermos terminales o incurables, el médico solo cumple la función de disminuir el dolor físico, el que, en ningún caso, agota todo el dolor de esos pacientes.

Una excelente opción que tenemos para ayudar al doliente a no sentirse una carga son los cuidados paliativos. Sin embargo, ¿cuáles serán los incentivos para investigar y aplicar tratamientos que tiendan a aliviar, acompañar y curar si se consagra la eutanasia? Mientras los cuidados paliativos constituyen una alternativa lenta y de mayor desgaste —pero altamente efectiva, según los estudios disponibles—, la eutanasia parece ofrecer una alternativa más rápida y sencilla. Así, la opción de cuidados paliativos que pueda ofrecer el tratante a su paciente será cada vez más escasa, lo que dificulta todavía más el ejercicio de la autonomía personal ante la ausencia de opciones reales. Sin embargo, por todo lo dicho hasta aquí, parece que la apuesta por un servicio más amplio y profesional de cuidados paliativos es la que permitirá a los enfermos en situaciones límite una alternativa más humana y satisfactoria.

22 Hans Jonas, *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad* (Barcelona: Paidós, 1997), 167.

ÚLTIMAS “CLAVES PARA EL DEBATE”

ABORTO Y DESPENALIZACIÓN

7 claves para el debate

IES, IdeaPaís e Instituto ResPublica

EL PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD

4 claves para el debate

Pablo Ortúzar M.

NUEVA EUGENESIA

5 claves para el debate

Catalina Siles V.

UNIVERSIDADES, PLURALISMO Y SENTIDO PÚBLICO

6 claves para el debate

Pablo Ortúzar M.

LIMITACIONES Y AMENAZAS A LA LIBERTAD DE EDUCACIÓN

4 claves para el debate

Claudio Alvarado R.

LOS NIÑOS INVISIBLES DEL SENAME

6 claves para el debate

Catalina Siles V.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL

4 claves para el debate

Claudio Alvarado, Fernando Contreras y Manfred Svensson

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL EN LA MIRA

5 claves para el debate

Fernando Contreras C.

POPULISMO

4 claves para el debate

Josefina Araos B.

MIGRACIÓN EN CHILE

5 claves para el debate

Guillermo Pérez C.