

EUTANASIA:

¿A qué poner
atención?

Documento de trabajo¹
Centro de Bioética UC²



CENTRO DE BIOÉTICA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

¹ Extracto del seminario "Eutanasia: Un enfoque interdisciplinario" organizado por el Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile el día 9 de julio. En el seminario expusieron los profesores Marisol Peña (Secretaría General de la PUC), Iván Pérez (Medicina PUC), Rodrigo Harrison (Ingeniería UAI), Marisa Torres (Medicina PUC), M. Alejandra Carrasco (Filosofía PUC), Magdalena Ossandón (Derecho PUC), Pedro Pérez (Medicina PUC), y Eduardo Valenzuela (Sociología PUC).

² Documento preparado por M. Alejandra Carrasco (mcarrasr@uc.cl) y Luca Valera (luvalera@uc.cl).

ACLARACIONES TERMINOLÓGICAS

El lenguaje no es inocuo, y en temas tan delicados como en los que se toman decisiones sobre la vida y la muerte, resulta doblemente importante aclarar los términos que se utilizan y comprender el alcance de cada cual.

EUTANASIA:

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*).

> La acción se define por **“la intención de terminar con la vida de un paciente”**.

> La acción se justifica por (1) **aliviar sufrimiento** (*compasión*) y (2) **consentimiento del paciente** (*autonomía*).

> Cuando hay consentimiento del paciente se llama **“eutanasia voluntaria”**; cuando es consentimiento del representante legal se llama **“eutanasia no voluntaria”**; cuando es contra la voluntad del paciente, se llama **“eutanasia involuntaria”**.

SUICIDIO ASISTIDO:

Acción por la cual un médico (*u otro miembro del equipo de salud*) ayuda a un paciente a poner fin a su vida, mediante el suministro de medicamentos para la autoadministración, con la finalidad de aliviarlo de un sufrimiento insoportable.

> Cambia el **agente** de la acción (*quién la realiza*) respecto de la eutanasia, ya que quien se quita la vida es el paciente.

> La **naturaleza de la acción es la misma** (*intención de terminar con la vida del paciente*).

> La **justificación** también es la misma (*aliviar el sufrimiento y autonomía*).

OBSTINACIÓN

TERAPÉUTICA:

Inicio o continuación de tratamientos médicos fútiles, cuyo único objetivo es prolongar la vida de pacientes con pronósticos de supervivencia muy limitados y sin terapias curativas disponibles.

> También se llama **ensañamiento, encarnizamiento o empecinamiento terapéutico**.

> Estos tratamientos son por definición **desproporcionados**, es decir, **inútiles y onerosos** (*en términos físicos, económicos o psicológicos*) respecto de la **situación del paciente** particular.

> Se califica como una **mala práctica clínica**.

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO:

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**.

Con estas definiciones se comprende que:

Eutanasia/suicidio buscan ADELANTAR artificialmente el momento de la muerte.

Obstinación terapéutica busca RETRASAR artificialmente el momento de la muerte.

Adecuación del esfuerzo busca RESPETAR el momento de la muerte natural.

**EUTANASIA/
SUICIDIO
ASISTIDO**



**MUERTE
NATURAL**
(adecuación esfuerzo)



**OBSTINACIÓN
TERAPÉUTICA**

NO SE DEBE CONFUNDIR

la **ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO** con la **EUTANASIA** (*por omisión de tratamiento*). Por ejemplo, cuando se decide no intubar (*conectar a ventilación mecánica*) a un paciente con muy mal pronóstico, o cuando se ordena no resucitar a otro con cáncer terminal. Esto **NO ES EUTANASIA**. Las diferencias son:

> En la eutanasia existe la intención de terminar con la vida (o adelantar artificialmente la muerte).

> En los casos de adecuación del esfuerzo terapéutico, se busca respetar el momento de la muerte natural, y es la enfermedad –no el médico– la que acaba con la vida del paciente.

> Los tratamientos que no se inician o se suspenden son fútiles (*desproporcionados, inefectivos y onerosos*) para el paciente.

02

ALGUNOS TEMAS PARA REFLEXIONAR

La eutanasia es aquella 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. En otras palabras, la eutanasia se justifica por la compasión ante el sufrimiento de un enfermo y el respeto a su autonomía (*tal como se manifiesta en su consentimiento*).

I. AUTONOMÍA

Cuando se justifica la eutanasia por el **RESPECTO A LA AUTONOMÍA** del paciente, lo que está en juego es la voluntariedad de su decisión. Una acción es voluntaria cuando se realiza con conocimiento y cuando procede realmente del mismo sujeto. Es decir, la decisión de someterse a una eutanasia es **verdaderamente autónoma** cuando se toma en base a la **información** y **comprensión** adecuadas y en ausencia de **presiones externas**.

Respecto de la información:

En un artículo reciente³, Rodrigo Harrison y Francisco Silva⁴ modelaron la cantidad y calidad de información con que cuenta el paciente que debe decidir sobre si someterse a una eutanasia o suicidio asistido en los lugares donde estas prác-

³ "A game theoretic analysis of voluntary euthanasia and physician assisted suicide" (forthcoming). Ver también Silva, R.: "Euthanasia: The fear of becoming a burden", Documento de Trabajo, 2016. Disponible en http://economia.uc.cl/docs/dt_478.pdf

⁴ Rodrigo Harrison es profesor de la Facultad de Ingeniería y Ciencias de la Universidad Adolfo Ibáñez, y Francisco Silva es profesor de la Facultad de Ingeniería Comercial de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

PARA PENSAR

La ley 20.584 sobre los Derechos y Deberes del Paciente ya consagra el derecho de toda persona a oponerse a tratamientos que busquen prolongar artificialmente su vida. Para evitar la obstinación terapéutica no se necesita una ley de eutanasia.

La adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia son prácticas distintas. Aunque en la práctica haya algunos casos más difíciles de discernir, conceptualmente se refieren a tipos de acción completamente diversas.

ticas se permiten. Como la literatura especializada afirma que los factores determinantes para el paciente al momento de tomar esta decisión son (I) su condición médica y (II) el impacto que pueda tener en su círculo cercano el no requerir la eutanasia o suicidio, la información crucial para que el paciente tome una decisión *verdaderamente autónoma* depende más del médico y la familia que del paciente, por lo que ella dependerá en gran medida de su comunicación con ellos.

Esta interacción se estudió utilizando un modelo de *cheap talk*, en que las partes entregan mensajes al paciente sobre su condición médica y sobre la carga (*psicológica u otra*) que su vida representa para ellos. Se concluye, **en primer lugar**, que la información que la familia transmite al paciente es casi nula, de modo que este termina decidiendo desinformado o, en el mejor de los casos, según lo que él cree que la familia querría que decidiera, y no como él quiere decidir sobre su final de vida. Nótese que ni siquiera es lo que la familia realmente quiere, sino lo que el paciente *interpreta* de sus mensajes.

En segundo lugar, también se demuestra que la legalización de estas prácticas corroe la confianza del paciente en su médico, y la relación entre ellos se ve sembrada de sospechas. Nuevamente el paciente interpreta qué es lo que el médico le quiere decir, y cómo influye su postura personal sobre la muerte asistida en la información que le proporciona.

En definitiva, la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido tiene **efectos no buscados indeseables respecto de la información relevante para que los pacientes tomen una decisión autónoma**. Los modelos matemáticos demuestran que legalizar estas prácticas obstaculiza el acceso a la información y daña la confianza de las relaciones más sensibles en la etapa final de la vida.

Respecto de las presiones:

La legalización de la eutanasia y el suicidio asistido podría ejercer un tipo de presión muy sutil y por ello más peligrosa sobre las personas. Naturalmente a nadie se lo va a obligar a morir, pero el solo hecho de que exista la eutanasia como una “opción” jurídica y socialmente legitimada, sí “obliga” a las personas y sus familias a plantearse como posibilidad.

Podemos pensar que “plantearse una posibilidad” no coacciona a nadie. Y es verdad, bajo ciertas condiciones. Pero no debemos olvidar que el sistema de salud chileno es fragmentado y segmentado, y que existen grandes inequidades y desigualdades en el acceso a la atención de salud.⁵ Para quienes

⁵ De acuerdo con la encuesta Casen, el 2017 solo un 14,4% de la población estaba afiliada al sistema de salud privada (ISAPRES).

PARA PENSAR

El proyecto de ley chileno de eutanasia contempla que adolescentes entre 14 y 18 años puedan solicitar la eutanasia. Sin embargo, está ampliamente demostrado que el desarrollo neurobiológico, especialmente el lóbulo frontal, no se completa totalmente hasta después de los 18 años. La conducta del adolescente es típicamente impulsiva y muy variable en el tiempo. ¿Será razonable creer que un joven de 14 o 16 puede tomar decisiones verdaderamente autónomas respecto del fin de su vida?

deben pagar (*aunque sea una porción*), el gasto en salud por hospitalizaciones y tratamientos obliga a grandes renunciaciones. La **“carga” que significa para una familia media** la enfermedad catastrófica de uno de sus miembros es bien conocida. Si existe la “opción” de la eutanasia o suicidio médicamente asistido, si el enfermo del lado ya lo hizo, y si no quiero dejar a mi familia en la bancarrota, la **presión psicológica que la mera existencia de la ley** ejercerá sobre las personas con menos recursos es manifiesta.

Por otro lado, están también las personas con una menor red de apoyo afectivo-social. Para estas personas, quienes podrían calificarse como ‘en estado de abandono’, la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido sería como pavimentar su camino hacia la muerte. Tal como una comisión interdisciplinaria encargada de estudiar los posibles efectos de una legislación como esta predijo en Estados Unidos hace 25 años:

NEW YORK TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW⁶

“Los peligros de un cambio tan dramático en políticas públicas [es decir abandonar el principio de inviolabilidad y autorizar a los médicos para que maten a sus pacientes] excederían ampliamente cualquier beneficio posible...

...En vistas al generalizado fracaso de nuestro sistema de salud en el tratamiento del dolor y en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, la legalización del suicidio asistido y de la eutanasia sería profundamente peligrosa para muchos individuos que están enfermos y son vulnerables. Los riesgos serían aun más severos para los ancianos, los pobres y los socialmente miserables”

⁶https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/

Asimismo, es previsible una presión sobre los médicos y personal sanitario del **sector público**, quienes por un lado y con los avances de la medicina constatan su capacidad creciente de tratar y prolongar la vida de sus pacientes; pero por otro lado están agobiados por la falta de camas y capacidad operativa de los hospitales. La reacción natural, consciente o inconsciente, sería la de promover las decisiones de eutanasia en los pacientes de peor pronóstico.

Finalmente, en la **salud privada**, rápidamente surgirán los planes “con cuidados paliativos” y los “sin cuidados paliativos”. No se puede esperar otra cosa de una industria que se regula primordialmente con estándares de eficiencia mercantil. Un número importante de personas optará por los planes más baratos (sin cuidados paliativos), asumiendo desde temprano que, llegado el momento de la enfermedad grave, terminal o incurable, la alternativa es terminar cuanto antes con la vida.

En suma, en una sociedad como la nuestra (con un sistema de salud como el que hay en Chile, un desarrollo económico como el que tenemos, la desigualdad económica de las familias, etc.), la legalización de estas prácticas necesariamente generará presiones que obstaculizan la decisión verdaderamente autónoma de las personas. **Y el respeto a la decisión personal que se quiere salvaguardar con la legalización de estas prácticas, corre riesgo de convertirse en su contrario: Inducir a las personas más vulnerables a tomar la decisión que en el fondo no quieren, o que no elegirían si contarán con alternativas de apoyo social y económico real.**

PARA PENSAR

Chile no es Holanda ni es Bélgica (países donde la eutanasia es legal), ni en desarrollo económico ni en cobertura sanitaria. Por consiguiente, las experiencias de esos países con más recursos no son completamente comparables con la chilena.

*¿Cómo evitar que la falta de recursos económicos induzca a las personas **más vulnerables** a solicitar una muerte rápida para no dejar a sus familias con deudas?*

*¿Cómo asegurar que en el **sector público** no se favorezca (tácitamente) la eutanasia para liberar recursos, en el caso de enfermos terminales que todavía tienen opción de cuidados paliativos?*

*¿Cómo evitar que en la **salud privada** los cuidados paliativos se transformen en un lujo?*

¿Cómo asegurar una verdadera autonomía en las decisiones personales, sin cerrar los ojos ante presiones e influencias más sutiles, pero determinantes para quien decide?

B.- COMPASIÓN


Cuando se justifica la eutanasia y el suicidio asistido por **LA COMPASIÓN CON EL PACIENTE**, por evitar su sufrimiento, lo que está en juego es un acto propio del AMOR (*la compasión*).

“Amar” significa querer el bien del amado. El “bien” de la persona enferma es curarla, y cuando eso ya no es posible, su “bien” es aliviarla, acompañarla, apoyarla. El “bien” no es eliminar al otro, sino ayudarlo a tener la vida más plena posible hasta el final.

Es importante saber que la situación actual de la medicina chilena y la disponibilidad de fármacos analgésicos efectivos, **permiten aliviar prácticamente todo sufrimiento físico** asociado a la enfermedad terminal. De hecho, si existieran

cuidados paliativos garantizados y financiados para todas las enfermedades, no solo las oncológicas, se aseguraría de que prácticamente **nadie en Chile quisiera dejar de existir debido a un dolor físico insoportable**. (*De hecho, en los países en los que se ha legalizado la eutanasia y/o el suicidio asistido, prácticamente nadie la pide por padecer dolores insoportables*).

En consecuencia, el sufrimiento que esta ley buscaría aliviar, no sería el dolor físico sino el dolor psicológico, como el miedo, el temor ante la pérdida de capacidades y de autonomía, la sensación de pérdida de dignidad, de dependencia y vulnerabilidad, de impotencia, cansancio, etc. Ante un paciente con estos síntomas, cabe volver a preguntar, si la compasión busca el alivio del sufrimiento, *¿es posible el alivio de la persona que no sea eliminando la persona misma?*



¿Y QUÉ HACEMOS ENTONCES
FRENTE A LA CONSTATACIÓN
DEL SUFRIMIENTO ASOCIADO A
LA ENFERMEDAD?

La medicina ha respondido a este problema con los cuidados paliativos, que tratan el sufrimiento residual, el que no podemos arreglar o curar.


CUIDADOS PALIATIVOS es una **aproximación multidisciplinaria** para mejorar la **calidad de vida** de **pacientes y sus familias** que enfrentan enfermedades incurables, a través de la prevención y alivio del sufrimiento que se logra mediante la identificación, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas **físicos, psicosociales y espirituales**.

Los cuidados paliativos deben ser **INTEGRALES**, para lo cual se requiere la participación del médico tratante, médico paliativista, kinesiólogo, psiquiatra, psicólogo, enfermero, asistente social y agente pastoral (si es requerido). Esta es una respuesta verdaderamente **COMPASIVA** ante el sufrimiento. Esta alternativa tiene un costo económico y humano.

PARA PENSAR

Si se legaliza la eutanasia y el suicidio asistido, ¿no se eliminarán los incentivos para priorizar la inversión en cuidados paliativos integrales, al dar otra “alternativa” a quienes padecen gran sufrimiento?





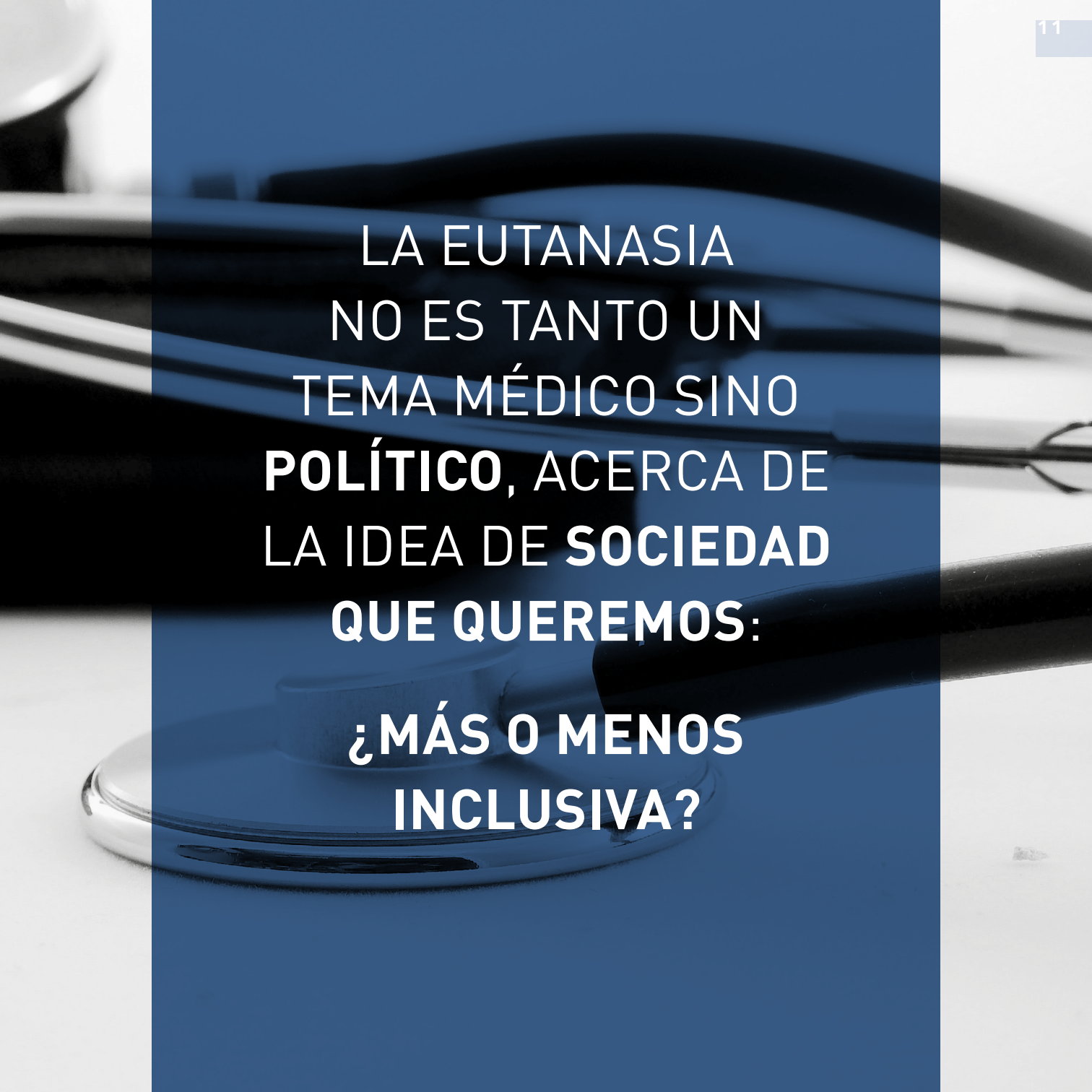
Dentro de América Latina e incluso de todo el mundo, Chile está bastante bien posicionado en términos del desarrollo de los cuidados paliativos.⁷ Sin embargo, respecto de la capacidad de hacer llegar estos cuidados a quienes lo requieren, estamos muy abajo en el ranking: solo un 4,5% de los pacientes que necesitarían cuidados paliativos los reciben efectivamente. Las razones que se han dado son, entre otras, que aunque hay disponibilidad de opioides y otros tratamientos específicos, el acceso a ellos es obstaculizado por la burocracia. Asimismo, no existe información ni conocimiento en la población de la existencia de estos tratamientos, y no existe la cultura de exigirlos o esperarlos.

En suma, la **MEDICINA** está respondiendo, y ofrece los **CUIDADOS PALIATIVOS** para aliviar el dolor que sufren los enfermos graves y terminales. El problema no es el desarrollo médico, sino las **POLÍTICAS PÚBLICAS**, que no han logrado acercar estos avances a la población. Si quienes sufren enfermedades terminales tuvieran garantizada una atención gratuita e integral para ellos y sus familias, con el apoyo médico, psicológico y social requerido, ¿cuántos querrían la eutanasia?

PARA PENSAR

La legalización de la eutanasia puede ser una conquista para un pequeño grupo, pero es un gran peligro para la inmensa mayoría de la población, que no tiene los recursos económicos y sociales para enfrentar una situación de gran vulnerabilidad.

⁷ Chile es el primer país de Latinoamérica, y el 27 a nivel global en el desarrollo de las técnicas de cuidados paliativos. Para acceder a esta información, ver: <https://eiu-perspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>



LA EUTANASIA
NO ES TANTO UN
TEMA MÉDICO SINO
POLÍTICO, ACERCA DE
LA IDEA DE **SOCIEDAD**
QUE QUEREMOS:

**¿MÁS O MENOS
INCLUSIVA?**



CENTRO DE BIOÉTICA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE