

Prudencia Uruguay DERECHOS HUMANOS

En defensa de la dignidad humana

- 🐦 Prudenciauy
- 📍 Prudenciauy
- f Prudencia Uruguay
- ▶ Prudencia Uruguay

Contenido

Introducción <i>Dr. Miguel Pastorino</i>	3
Eutanasia: un problema de todos <i>Dr. Miguel Pastorino</i>	6
¿Cuál es el valor de la vida humana? <i>Dra. Delia Sánchez</i>	19
Qué hay detrás del “querer morir” en pacientes graves <i>Dr. Marco di Segni</i>	24
La validez del principio de autonomía y las situaciones extremas <i>Dra. Susana Escames</i>	31
Cuidados Paliativos ante la Eutanasia: mitos y verdades <i>Dra. Ana Guedes</i>	42
Sedación paliativa vs. Eutanasia <i>Dra. María Alejandra Sosa Basaistegui</i>	63
Eutanasia y dignidad, desde la perspectiva jurídica <i>Dr. Diego Velasco Suárez</i>	67
Eutanasia y Derechos Humanos: la evidencia internacional <i>Dra. Sofía Maruri Armand-Ugón</i>	87
Pendiente resbaladiza empírica y lógica <i>Dra. Agustina da Silveira Dieste</i>	105
Cuidados paliativos y eutanasia <i>Dra. Ana Guedes</i>	108
Las razones por las que no debe aprobarse la eutanasia <i>Dr. Carlos María Schroeder Gastelumendi</i> .	110
Los que sobran <i>Dr. Miguel Pastorino</i>	113

Introducción

Dr. Miguel Pastorino¹

Aunque parezca obvio, no es lo mismo opinar que saber. Confundir la opinión con el conocimiento se vuelve mucho más grave cuando las decisiones que se toman afectan la vida de los otros. Durante los peores momentos de la pandemia del Covid-19, los debates en torno a la relación entre política y ciencia dejaron en claro algunas cosas que son evidentes para los teóricos de la filosofía política, pero no lo eran tanto en la opinión pública. En sociedades complejas, donde hay una sobreabundancia de información que suele derivar en un caos de desinformación, se requiere de un duro trabajo de discernimiento prudente que tome en cuenta las evidencias que aportan las ciencias para pensar responsablemente las decisiones que afectan a todos.

Uruguay se ha destacado internacionalmente por decisiones en materia de salud pública en plena crisis, que dieron muestra de este diálogo entre ciencia, ética y política. Porque los puros datos y evidencias no dan principios ni criterios orientadores para obrar en contextos cambiantes e inciertos. Por ello los criterios científicos son fundamentales, inesquivables, pero no tienen la última palabra, porque esta pertenece a quien tiene la responsabilidad por el bien común y compete a los actores políticos. Claro está que, si la política ignora el conocimiento científico, las decisiones con buenas intenciones pueden llevar a desastres que afectan la vida de los ciudadanos por basarse en opiniones mayoritarias sin el más mínimo conocimiento del tema.

También es cierto que no todo puede medirse y calcularse, porque no se puede pronosticar en forma determinista cómo van a comportarse los seres humanos en determinadas condiciones sociales y económicas. Hay algunos comportamientos previsibles y otros no, porque estamos condicionados, pero no determinados, siempre podemos elegir cómo vivir, cómo actuar, aunque no todos tengamos las mismas capacidades ni las mismas posibilidades. Lo que es inesquivable es que no se puede partir de falsos supuestos para tomar decisiones que afectan a la población, sino de una investigación honesta, profunda y rigurosa de los temas a debatir.

Libertad responsable: hacerse cargo

Por otra parte, las decisiones políticas no obedecen a una lógica que asegure los mejores resultados posibles, porque en sociedades pluralistas, donde no todos compartimos los mismos valores y visiones del mundo, y donde no hay certezas absolutas universalmente aceptadas sobre cómo debemos vivir en sociedad, siempre habrá consecuencias no deseadas y malestar social en algunos sectores, generalmente los más castigados por las decisiones de quienes tienen mayor responsabilidad. No hay libertad real sin responsabilidad, por eso una libertad responsable podría

¹ Doctor en Filosofía. Profesor de Filosofía y Ética en la Universidad Católica del Uruguay. Correspondencia: miguel.pastorino@ucu.edu.uy

parecer una expresión redundante, porque es obvio que si hay libertad hay responsabilidad. Pero lo que ha vuelto a esta expresión tan significativa en este tiempo es que funciona como un llamado ético a un ejercicio responsable de la libertad, a pensar en los otros, a hacerse cargo de las consecuencias de nuestras decisiones, a tomar conciencia de que el mundo no empieza ni termina en mi esfera individual, sino que somos seres interdependientes y por lo tanto responsables unos de otros por el bien común.

¿Qué haremos con la eutanasia en Uruguay?

Cada vez que resurge el tema de la eutanasia en la prensa o en discusiones políticas, sin el necesario debate en profundidad, sin haber consultado a los especialistas en Cuidados Paliativos y en Bioética, se vuelven a escuchar una y otra vez de actores políticos las mismas opiniones desinformadas que se pueden encontrar en las redes sociales. Se sigue confundiendo la eutanasia con la sedación paliativa o con interrumpir un tratamiento fútil o con no continuar con un soporte artificial por voluntad del paciente. Eso no es eutanasia, es legal y sigue los principios de la ética profesional en salud. Lo que parece más evidente, es que a dos años de que se presentó un proyecto de Ley para despenalizar la eutanasia, se siguen repitiendo graves errores que hacen que pensemos de modo simplista una compleja cuestión.

Solo con investigar experiencias internacionales alcanzaría para darse cuenta de cuánto puede cambiar una sociedad que cruza la línea de dar a los médicos derecho a matar a pacientes vulnerables “porque ellos lo soliciten reiteradamente”. Esta visión de la libertad irresponsable e hipertrofiada no tiene en cuenta los procesos de morir, desconociendo que la mayor parte de los pacientes que expresan que quieren morir, cuando son debidamente atendidos, cuidados, aliviados y se sienten queridos, no solo cambian de opinión, sino que revelan su verdadero deseo: saberse importantes y no una carga, ser debidamente cuidados, valorados y acompañados. ¿En qué sociedad puede convertirse el Uruguay que en lugar de mostrar solidaridad con el que sufre, abandona a los más vulnerables por “respeto” a sus decisiones? ¿Hacemos lo mismo con gente joven y sana que también desea morir? No. ¿Acaso las personas con discapacidad o ancianas con múltiples patologías son vidas a las que sí podríamos otorgarles el “derecho a suicidarse” con ayuda? Cuando aceptamos y naturalizamos que una vida humana “productiva” tiene más valor que la de alguien limitado y dependiente, la dignidad humana ya no significa nada.

Más allá de las posturas filosóficas y de las perspectivas éticas que cada uno defienda en un debate de ideas, lo que no es políticamente responsable es no escuchar a los que saben del tema y desatender las advertencias internacionales de expertos en Bioética y en Derechos Humanos que conocen estas prácticas en otros países. La eutanasia es una cuestión que encierra aspectos sociales, culturales, económicos, políticos y jurídicos de dimensiones insospechadas para quienes piensan que es una cuestión de elegir entre defender la libertad o la vida. Nada es tan simple cuando se trata del sufrimiento y de la dignidad de las personas. Lo que hace falta es hablar en serio del tema, informarse debidamente y dar un debate que ayude a pensar y a comprender, a descubrir valores en común y prioridades políticas para un país solidario que cuide a su gente.

Prudencia Uruguay

Cuando en marzo de 2020 se presentó en Uruguay un proyecto de Ley sobre eutanasia y suicidio asistido, comenzamos a ver cómo en un tema tan complejo y delicado se repetían incesantemente falsos supuestos y prejuicios, que no solo no hacen bien al debate público, sino que pueden llevar a tomar decisiones irresponsables y con consecuencias no previstas sobre toda la sociedad. Conscientes de lo que está en juego y preocupados por la desinformación al respecto, Prudencia nace como un grupo de profesionales de diversas disciplinas (bioética, cuidados paliativos, psiquiatría, oncología, derecho, filosofía, etc.), que busca favorecer un debate en profundidad a propósito de la eutanasia y el suicidio asistido. Ya son más de dos mil profesionales que se sumaron a esta iniciativa, quienes desde el comienzo se comprometieron a ofrecernos herramientas para un abordaje interdisciplinario y responsable de las cuestiones más complejas del debate. A partir del trabajo de dos años de conferencias, seminarios, talleres, entrevistas, notas en prensa y artículos, es que surge esta síntesis con algunas de las voces de Prudencia Uruguay.

Eutanasia: un problema de todos

Dr. Miguel Pastorino¹

En los actuales debates sobre la legalización de la eutanasia, tanto en Uruguay como en otros países, parecería que la discusión se reduce a una pugna entre quienes defienden la libertad individual de decidir sobre la propia muerte y la defensa de la vida humana por encima de cualquier otro valor. Pero la realidad tiene muchos más matices, hay mucho más en juego y la complejidad del asunto requiere un abordaje interdisciplinario y más profundo.

Actualidad y confusión semántica

El término “eutanasia” conlleva hoy una notable carga de ambigüedad, porque se usa para referirse a realidades y acciones distintas. El sentido actual del término no se corresponde con su uso antiguo² (“buena muerte”), porque para los griegos era el deseo de una muerte serena y sin sufrimiento, pero no significaba provocarla ni adelantarla. Actualmente, es una forma de homicidio o de asistencia al suicidio, por lo que el núcleo del debate ético puede resumirse en una pregunta: ¿es lícito éticamente provocar la muerte intencionalmente en un contexto médico (Bermejo, 2019)?

Existe, además, el problema de los mitos sociales sobre el tema que oscurecen la discusión, desde personas que creen que la eutanasia es una práctica habitual y que la confunden con la sedación paliativa, hasta quienes creen que desconectar a alguien con muerte cerebral es una forma de eutanasia, cuando en realidad ya está clínicamente muerto. También muchos la confunden con las voluntades anticipadas, cuando claramente la oposición a recibir tratamientos fútiles -aunque eso adelante la muerte- tampoco es eutanasia.

Los impresionantes e innovadores avances de la medicina hacen posible mantener con vida a personas con enfermedades graves, al mismo tiempo que las personas viven más años y padecen las enfermedades durante mucho más tiempo, requiriendo tratamientos a largo plazo. Esto también ha generado la obstinación terapéutica prolongando la agonía y no dejando morir en paz a las personas. Por eso, en el otro extremo de la eutanasia, aparece la *distanasia* o también llamada *obstinación terapéutica*, que consiste en retrasar la muerte a cualquier precio, por todos los medios posibles, aunque el pronóstico no abrigue ninguna esperanza y aunque eso signifique sumarle sufrimientos al moribundo. La obstinación terapéutica es rechazable éticamente por todas las posturas que discuten la eutanasia. Quienes se oponen a la eutanasia, también rechazan alargar la

¹ Doctor en Filosofía. Profesor de Filosofía y Ética en la Universidad Católica del Uruguay. Correspondencia: miguel.pastorino@ucu.edu.uy

² El uso del término fue usado por los griegos a partir del siglo V y reaparece con un sentido distinto en Francis Bacon y en Tomás Moro en los comienzos de la Modernidad (S XVI). En los siglos XIX y XX adquiere una connotación eugenésica, de “purificación social” y eliminación de “vidas sin valor” (particularmente en Estados Unidos y Alemania). En las últimas décadas ha adquirido gran complejidad el sentido del término y las realidades a las que se refiere, debido a los avances tecnológicos en medicina y a los debates bioéticos.

vida innecesariamente. En esto todos estamos de acuerdo. Muchos creen erróneamente que oponerse a la obstinación terapéutica es defender la eutanasia, lo cual lleva a que muchos afirmen estar a favor, sin comprender estas distinciones y su complejidad. Creo que, por esta confusión, la opinión favorable a la eutanasia suele estar muy extendida.

Una aparente paradoja es que la obstinación terapéutica (distanasia) y la eutanasia, siendo aparentes extremos opuestos, son formas de no querer enfrentar el enigma de la muerte.

La prolongación artificial de la vida a cualquier precio y la ejecución intencional de la muerte, incluso cuando en múltiples sentidos surjan de deseos contrapuestos, se basan en una postura afín que elude la aceptación de la propia muerte (...) Una superación de esta alternativa se manifiesta en la concepción de un acompañamiento humano en el proceso del morir, que, a través de cuidados de enfermería, una lucha eficaz contra el dolor según los principios de la terapia paliativa moderna y el acompañamiento humano, capacita al enfermo para aceptar su propia muerte. (Shockenhoff, 2012, 572)

Para designar la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable en fase terminal, se ha utilizado en bioética el término “ortotanasia”, pero ha quedado reducido al ambiente académico. Significa no alargar la vida innecesariamente, pero tampoco acelerar la muerte intencionalmente, sino acompañar y aliviar el sufrimiento para ayudar a morir bien. Esta es la labor de los Cuidados Paliativos.

En un *bestseller* de la medicina del siglo XIX, Christoph Wilhem Hufeland (1762-1836), un célebre médico berlinés, escribió respecto del deber médico:

No debe ni le está permitido hacer otra cosa más que mantener la vida: sea una dicha o una desdicha, tenga valor o no lo tenga, no es asunto de su incumbencia. Y si alguna vez se atreviera a incorporar esa consideración en su actividad, las consecuencias son impredecibles y el médico se convierte en el hombre más peligroso del Estado. Pues una vez que se ha traspasado esa línea, una vez que el médico se cree con derecho a decidir acerca de la necesidad de una vida, solo se necesita una progresión gradual para aplicar también a otros casos la carencia de valor y, consecuentemente, la imposibilidad de una vida humana. (Citado por Schockenhoff, 2012, 514)

Hufeland entendió que el mandato del médico es acompañar en la muerte, aliviando el proceso del morir, rechazando cualquier forma de provocación de la muerte, porque matar al paciente, aun con la excusa de aliviar su sufrimiento, convierte al médico en “el hombre más peligroso del Estado”. Por ello, hasta comienzos del siglo XX, eutanasia significaba el acompañamiento en el proceso de muerte sin acortamiento directo o indirecto de la vida. Pero el sentido del término se ha ampliado y hoy designa exactamente lo contrario.

La Asociación Médica Mundial reafirmó en 2019 su firme convencimiento de que la eutanasia entra en conflicto con los principios éticos básicos de la práctica médica, instando a los médicos a no participar, incluso si está permitida por la legislación de sus países.³

³ Textos disponibles en: <https://www.wma.net/es/polices-post/resolucion-de-la-amm-sobre-la-eutanasia/>

La muerte como tabú social

En las sociedades occidentales la hospitalización ha dejado a los moribundos alejados de sus seres queridos y rodeados de aparatos. La pérdida cultural de la familiaridad con la muerte la ha vuelto cada vez más una realidad incómoda de la que no se sabe hablar ni cómo hacerle frente. Las personas hoy no cuentan con un horizonte de reflexión para prepararse para la muerte, porque la muerte no parece formar parte de la vida; se vive como si la muerte no existiera y, cuando sucede, ha de ser rápida y sin demasiada reflexión.

Al no encontrar remedio a la muerte, ni a la miseria, ni a la ignorancia, los hombres, para ser felices, decidieron no pensar en ellas. (Pascal, Pensamientos, 168)

En el ámbito religioso o en mayor contacto con la naturaleza, la muerte siempre ha sido vivida con mayor naturalidad, con una perspectiva de esperanza y apertura a una vida que supera la muerte, o aceptada como parte de un ciclo natural. Sin embargo, el drama del mundo secularizado es no saber qué hacer con la muerte, cómo esconderla, cómo evitarla. En una sociedad sin más horizonte que el éxito material, la muerte no tiene lugar ni sentido, y por eso se la banaliza.

La muerte aparece siempre en el horizonte de toda vida como el límite y la amenaza más radical. ¿No sería más sensato prepararse y pensar en ella? ¿Qué sentido tiene lo que hacemos si no dura para siempre? Y es que la muerte contradice los anhelos más profundos de la vida y asoma la angustia cuando pensamos en ella. La incertidumbre ante lo que nos puede traer el porvenir y no podamos evitar, hace que tratemos de evitar pensar en ello.

Gabriel Marcel escribe “lo que importa de verdad no es ni mi muerte, ni la suya, sino la muerte de los que amamos. Es decir, el problema, el único problema esencial es el conflicto entre el amor y la muerte”. Y es que el sentido de la vida de las personas tiene que ver con lo que aman y siempre hay personas que hacen de nuestra vida una vida con sentido. Por ello, su desaparición física es una violencia radical contra el sentido de la existencia.

Martin Heidegger en *Ser y Tiempo* (2022) caracteriza al hombre como un *ser-para-la-muerte*, porque la muerte no es una realidad meramente extrínseca que sobreviene a una existencia ya realizada y establecida, sino que su carácter inevitable se manifiesta desde el comienzo en la realidad de cada existencia humana. Y es que determina toda la vida como un futuro posible que siempre se hace presente, siempre está delante, como realidad inevitable. La angustia ante la muerte es la angustia ante el ocaso de mi ser, ante la conciencia de que un día no seré más. Sin embargo, para muchos no hay síntomas de angustia existencial ante la muerte. El mismo filósofo entiende que una vida auténtica es aquella que hace frente a la muerte pensándola y asumiéndola. En cambio, una vida inauténtica y superficial es aquella que vive sin la conciencia del límite, sin la conciencia de que vamos a morir, con una conciencia que huye hacia la mentalidad de la masa, hacia el trabajo o hacia la diversión, tratando a la muerte como un hecho superficial. Heidegger insiste en que hay que anticiparse a la muerte y comprender a la luz de ella, toda la existencia. Para Sartre, en cambio, la muerte manifiesta el carácter completamente absurdo de la existencia humana porque hace añicos cualquier proyecto. De hecho, algunos filósofos del siglo XX entienden

que todo el esfuerzo cultural de la humanidad ha sido una forma de luchar contra la muerte, de perdurar más allá de existencias concretas.

La sociedad contemporánea, cerrada a la trascendencia y con poco espacio para las grandes preguntas por el sentido de la vida, trata de invisibilizar la muerte todo lo que pueda. A pesar de ser lo único seguro para lo que hay que prepararse, ocultamos todo lo que tenga que ver con ella. Cada vez menos las personas mueren en sus propias casas rodeadas de sus seres queridos, sino que más bien morimos en Sanatorios, Casas de Salud o en la calle y, una vez que ha llegado la hora, hay que borrarla lo más pronto posible, con lo cual los velatorios se han reducido al mínimo. Cada vez menos se sabe decir algo en esos momentos, o qué palabras emplear en un sepelio, porque se usan eufemismos para no decir nada: “Estará en tu corazón”, “Se fue y ahora hay que seguir viviendo”, y frases sin contenido por el estilo. Ni siquiera la muerte de los otros se vuelve oportunidad para reflexionar sobre la propia. Cuanto más rápido termina el trámite, mejor; porque la vida sigue. Y damos vuelta la página.

Una forma de pasarla al olvido es la banalización de la muerte en números a través de los noticieros o en la ficción y el entretenimiento, donde nada nos obliga a pensar en serio en nuestra condición mortal.

Pero la muerte también puede ser una oportunidad para abrirnos a preguntas que nos hacen trascender una vida cerrada en la inmanencia. La muerte es el abismo de la Nada que nos anuncia una realidad que nos trasciende y que puede llenarnos de esperanza. Las filosofías no materialistas, desde Platón hasta nuestros días, plantean con racionalidad la cuestión de la pervivencia del alma más allá de la muerte. En todas las religiones, desde los orígenes de la humanidad, hay registros de creencias de una vida de ultratumba. La muerte como enigma no significa que deba tener como única respuesta una visión materialista, que de hecho no es científica, sino filosófica. Nadie sabe a ciencia cierta si hay vida después de la muerte: es una cuestión filosófica o religiosa. Para los que tienen su fe y su esperanza puesta en un Dios que les da vida más allá de la muerte, sin lugar a duda la vida tiene un sentido distinto. Pero tampoco eso significa un desprecio por esta vida, como muchos suponen, sino todo lo contrario: implica un compromiso radical por hacer que esta vida valga la pena, porque con la muerte no termina. Como no es absurda la vida, vale la pena llegar hasta el final con esperanza.

Cambio cultural

La cultura del éxito material y un hipertrofiado individualismo que pregona la independencia total, no pueden aceptar la natural dependencia del ser humano y mucho menos las situaciones de fragilidad, de vulnerabilidad y de falta de control. Siempre somos dependientes, aunque vivamos con la ilusión de que podemos ser completamente autónomos (MacIntyre, 2001, 141-151). Pero se prefiere morir a perder el control o depender de otro para que nos cuide. En una sociedad donde no hay tiempo ni lugar para la compasión ni para reflexionar sobre la muerte, sino para la desaparición rápida de lo que nos arranca de una vida “placentera” y autosuficiente, no es extraño que se confunda “dignidad” con “calidad de vida” y que se reduzca felicidad a “bienestar” (Marías, 1995, 158). Es fácil concluir lo que puede ocurrir -y ya ocurre- con las personas con discapacidad,

con los enfermos, con los ancianos y con los más pobres, cuando “hay vidas que valen menos que otras”. Pasan a asumirse socialmente, incluso desde ellos mismos, como vidas “menos dignas”, “sin sentido”, “que no merecen la pena”.

Los expertos en Derechos Humanos de la ONU han expresado el 25 de enero de 2021 su alarma ante la creciente tendencia a promulgar leyes que permiten el acceso a la muerte médicamente asistida, basándose en gran medida en el hecho de tener una discapacidad o condiciones de discapacidad.⁴

Tal vez una sociedad cada vez más narcisista, que escapa de cuidar a los otros, que no tiene tiempo para cansarse cuidando al que es dependiente, encuentre una salida elegante al egoísmo afirmando que es “por respeto a la decisión de quienes sufren”. ¿Vamos hacia sociedades donde convenceremos a quienes tienen vidas limitadas, que no se valen por sí mismos, de que su mejor salida es la muerte?

En este contexto también se huye del sufrimiento, como si no formara parte de la vida. En los últimos años han surgido más analgésicos que en todo el resto de la historia de la farmacología. Actualmente el umbral para declarar “insoportable” al sufrimiento es cada vez más bajo y es una realidad muy subjetiva (Spaemann et al., 2019).

En la actual “sociedad paliativa” (Han, 2021, 42) la paradoja es que, a mayor capacidad para alivio del dolor, se sufre insoportablemente por cualquier cosa:

Cada vez se sufre más por cada vez menos (...). Unas expectativas cada vez más altas puestas en la medicina, unidas al sinsentido del dolor, hacen que incluso dolores insignificantes resulten insoportables. Y ya no tenemos sentidos referenciales, narrativas ni instancias y objetivos superiores que revistan el dolor y lo hagan soportable (...). Al fin y al cabo, lo que duele es, justamente, el persistente sinsentido de la vida.

Si bien no son iguales las realidades de cada país, lo cierto es que, donde se han despenalizado la eutanasia y el suicidio asistido, se ha construido una cultura de la muerte de la que es difícil volver. Hay personas a quienes sus seguros de salud les avisan que no pueden cubrirles un tratamiento pero sí un suicidio asistido, o ancianos que huyen a otro país por miedo a que los médicos los maten sin su consentimiento, con amparo legal. Casos complejos de niños con discapacidades, ancianos con demencia y otros que no pidieron la muerte y fueron matados en forma legal, porque “otro ejerció su derecho a morir”, es la triste historia de Oregón, Holanda y Bélgica (Spaemann et al., 2019).

Poco se habla de la *mistanasia*, un término acuñado en las últimas décadas (“muerte infeliz”) en el campo de la bioética, que designa la experiencia de abandono de las personas a condiciones de vida miserables, negándoles la atención debida. Mucha gente ha sido arrojada a una vida de desamparo, cuando vive abandonada por su familia, por el sistema y ya no tiene dónde sostener su vida. ¿Qué pasa si a estas personas, en lugar de brindarles la ayuda que merecen, se les ofrece terminar con sus vidas? Es la eutanasia social la que desemboca en una eutanasia clínica, cuando

⁴ Documento completo disponible en: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/01/disability-not-reason-sanction-medically-assisted-dying-un-experts>

la persona vive sin un sentido, sin un apoyo, sin una razón para seguir. ¿No termina siendo la eutanasia una manera elegante de matar a los más pobres? Una sociedad incapaz de garantizar un entorno digno para cada ser humano, estaría garantizando, en cambio, una salida rápida al que ha perdido el sentido de su vida. Se diría -no sin cinismo- que cada uno elige libremente su final; pero no dejaría de ser un desenlace previsible de una serie de injusticias invisibilizadas que prepararon ese camino.

El verdadero progreso de una sociedad es cuando esta defiende los intereses de los más vulnerables. Desde Hipócrates, la medicina ha pasado por 2.500 años de una relación paternalista entre el médico y el paciente. En contrapartida, se corre actualmente el riesgo de irse a otro extremo, en clave de cliente y prestador de servicios, donde el médico tendría que consentir los deseos de su paciente, incluido el de darle la muerte. ¿Esto no va contra la ética médica fundamental? ¿El paciente ha de exigirle al médico cualquier cosa? Respetar los derechos del paciente y su autonomía no implica consentir un acto gravemente inmoral que es también un delito. Un paciente debidamente informado es capaz de elegir entre opciones que el médico le ofrece. Pero, el médico, ¿puede ofrecerle el servicio de matarlo?

¿Cada uno decide cuánto vale su vida?

Cuando se absolutiza una idea de libertad individual que no reconoce límites éticos, se termina elogiando al suicidio como un valor positivo, como una legítima opción de autodestruirse, como un acto de valentía. Porque se pone el acento en la supuesta libertad de decidir morir, como si por el solo hecho de ser un acto libre, fuera bueno en sí mismo. Intuitivamente percibimos que cuando alguien intenta matarse, siempre tratamos de disuadirlo de tal decisión irreversible porque comprendemos que quiere eliminar un grave sufrimiento, no dejar de existir. Generalmente hay episodios depresivos -diagnosticados o no- detrás de estos deseos de autoeliminación, sin importar cuáles sean las razones.

Pero lo que no se suele explicar suficientemente es que, si cada uno puede disponer de su vida como si fuera un bien o un objeto, ¿podría renunciar a su dignidad humana y permitir que se le haga cualquier cosa? Si alguien desea ser esclavizado o torturado como un derecho propio porque “es su decisión”, ¿habría que consentir su pedido por respeto a su libertad? ¿O más bien habría que negarse porque nadie tiene derecho a hacerle daño o a usarlo como un objeto? Y es que la dignidad de una persona, de todo ser humano, no depende de si él se valora o no subjetivamente, de si él cree que su vida vale o no. Los Derechos Humanos se reconocen respecto de todo ser humano y son irrenunciables, porque se fundamentan en la dignidad de toda vida humana. El derecho a la vida y la dignidad inherente de todo ser humano nos imponen a todos el deber de protegerle, no nos habilitan a destruirle, aunque alguien lo solicite como un supuesto “derecho”.

El supuesto “derecho a morir” sería inventar un “derecho a matar”, sería establecer que hay vidas que no valen, que pueden descartarse, que habría seres humanos con dignidad y otros que pueden perderla o renunciar a ella por propia decisión y que otros podrían desconocer esa dignidad con su permiso. Y, en un supuesto “acto individual”, se pide siempre a otro que cometa un homicidio o que sea cómplice de suicidio.

En resumen, el argumento que parece más razonable a favor de la eutanasia, que es el de que cada uno decide sobre su vida, implica a nivel jurídico exigir al Estado y a otros miembros de la comunidad, particularmente a los médicos, el “deber” de secundar un deseo de morir, implicando así siempre a un tercero. En lo que pocos reparan es en el importante salto lógico y jurídico que se realiza. Porque, si bien es cierto que el individuo en la ética pública tiene libertad para hacer lo que quiera con su vida siempre que no vaya contra el bien común de la sociedad, no tiene derecho a que otro ciudadano cometa un homicidio, aunque sea a petición del interesado. Y un problema ético y cultural que no se suele tener en cuenta es la valoración del suicidio respecto del bien común: ¿no atenta contra el bien común que la gente decida matarse o ser matada por otro? La consecuencia obvia es que admitir el hecho jurídico de algunos casos de homicidio legal crea una fisura en el principio de inviolabilidad de la vida de la persona inocente, que tanto ha costado conquistar en las sociedades modernas.

Ayudar a morir en la ética médica se refiere a la atención fundamental, al acompañamiento, a la adecuación terapéutica y al cuidado que el moribundo necesita. Ayudar a morir es asistir a alguien para asumir conscientemente la muerte, como un tiempo único en una vida que también es única, que no pierde su dignidad en ninguna circunstancia. Por eso, ayudar a morir no es matar.

Esgrimir el supuesto respeto por los valores del paciente, como si él pudiera exigir que otros no respetasen sus derechos humanos fundamentales, es en sí mismo contradictorio. Porque sin la vida, ningún otro valor ni derecho es posible. Es así uno de los universales éticos presentes en la conciencia de la humanidad: “no matarás”.

La dignidad humana es el fundamento de los Derechos Humanos, nunca se pierde, en ninguna circunstancia y refiere al valor que tiene todo ser humano por el solo hecho de ser un ser humano, como un fin en sí mismo (Kant), y no como un medio que alguien puede usar o descartar por otros fines. Es la diferencia entre cosa y persona. En este sentido, no se podría hablar de “estándares” de dignidad humana, porque habría seres humanos menos dignos, en tanto que menos humanos.

Dignidad humana implica primariamente que un individuo siente respeto por sí mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado por los otros. Si no lo hiciera consigo mismo, eso no implica que los demás no respetásemos esa dignidad. Que alguien diga que su vida no vale nada, no implica que los demás no le valoremos. Implica la necesidad de que todos los seres humanos sean tratados en pie de igualdad y que puedan gozar de los mismos derechos.

Creo que todos estamos de acuerdo en que todas las vidas humanas son igual de valiosas por su dignidad, pero no todas las formas de vivir dan lo mismo. Y aquí es donde puede deslizarse un malentendido peligroso: creer que una manera de vivir sea menos “digna” en el sentido de menos deseable, y que por ello quien viva *así* no sería “digno” de continuar con vida.

Es preocupante que en una sociedad donde las personas aprenden que no vale lo que no es productivo, sientan ante los límites físicos o psicológicos, que no valen nada, que su vida no es “digna”, que vale menos. Una manera de ver la vida es también una manera de valorar la propia. Pero ¿acaso se pierde la dignidad por ser dependiente o por ser cuidado por otro? Ser más dependiente no nos hace menos humanos, ni menos dignos. Tenemos la experiencia de que

cuando alguien incluso ha perdido su autonomía física y psicológica, podemos amarle, respetarle, valorarle por su dignidad de ser humano, independientemente de que sea o no consciente de nuestros cuidados, porque es amable por sí mismo, no por su estado o calidad de vida.

El problema de querer definir una vida digna de vivir y otra que no lo es, ha sido históricamente una pendiente peligrosa que quita la protección jurídica de toda persona por el hecho de ser un ser humano (Aly, 2014).

¿Una cuestión de libertad individual?

Una cosa es la libertad de expresar una voluntad anticipada, donde uno puede decidir oponerse a recibir tratamientos innecesarios o a que prolonguen su vida más allá de sus posibilidades naturales. Pero cuando se dice: “es el derecho del paciente pedir la muerte”, ¿es tan libre realmente? Algunas posturas ultraliberales parten de una idea de libertad muy idealista y atomista. Pero la libertad humana está siempre condicionada, situada en relaciones sociales de dependencia; más aún la de una persona vulnerable que sufre, que estará fuertemente condicionada por el sufrimiento y por la situación social en la que se encuentre. No es algo simple porque, bajo presiones afectivas, sociales y económicas, las personas no deciden con plena libertad. El suicida generalmente quiere acabar con su sufrimiento o el de sus seres queridos, no con su vida. No pocas veces el ideal de libertad individual se absolutiza sin pensar en las consecuencias sociales. La eutanasia es una decisión que no afecta solo al que la pide. En la medida en que la eutanasia sea una alternativa para el enfermo, lo será también para su entorno, especialmente para sus familiares, amigos, acompañantes y para los médicos que lo traten. Todos tendrán presente que ese sufrimiento tiene una “solución rápida”, que depende de la decisión del enfermo. Aunque nadie lo diga, todos sabrán que hay una puerta de salida para evitar problemas a otros. ¿No es acaso una carga demasiado pesada para el paciente? ¿No le estamos tirando un salvavidas de plomo al que más sufre? ¿No es un deber de quienes le rodean rescatarlo de su soledad y acompañarle con los debidos cuidados?

La estimación del valor de la propia vida es siempre una reacción a la estima que la persona experimenta por parte de los demás. Quien no se siente valorado ni amado, sentirá que su vida no vale nada y que da lo mismo vivir que morir. La autonomía predicada para enfermos terminales es equiparada a una forma de autarquía, con la autosuficiencia del hombre fuerte, autoconsciente, no necesitado de ayuda alguna: una imagen muy lejana de la situación de enfermedades graves donde la dependencia de los demás se incrementa. De hecho, la dependencia y necesidad de ayuda no son situaciones indignas, sino profundamente humanas. No existen seres aislados con libertades absolutas para determinar todo, menos aun cuando se trata de los más vulnerables. Autonomía no siempre es autodeterminación (Ricoeur, 2006, 228).

¿Puede el médico o el legislador asegurar, sin margen de dudas, que el enfermo desea morir y no -por ejemplo- dejar de ser una carga para su familia? Habilitando la opción de la eutanasia, ¿no estaríamos favoreciendo más abusos de conciencia hacia la población más vulnerable? Y de la mano de esto, ¿no se carga aquí al médico con un peso moral impensable y contrario a su vocación?

La invocación del principio de autonomía es abstracta y ajena a la realidad de quienes padecen enfermedades que limitan o ponen en peligro su vida. Nuestro deber con el que sufre no puede reducirse a una disposición formal de respetar su voluntad y que esa sea la pauta del obrar, cuando el reconocimiento moral de la persona vulnerable mueve a no abandonarlo, a aliviarlo, a permanecer a su lado hasta el final, ayudándole a prepararse para la llegada de la muerte.

La idea de una decisión libre, reflexionada y racional sobre la propia vida, sobre el valor de la propia existencia, liberada de toda influencia del entorno social, es una construcción ficticia de quien no está en esa situación. La experiencia de una vida con sentido, aún en situaciones difíciles de afrontar, solo puede lograrse si está sostenida por la solidaridad y cercanía de los otros. Es en esos momentos en los que apelar a la libertad de quien está tan necesitado de alivio y apoyo, puede ser una forma hipócrita de abandonarlo con la excusa de que era él quien lo deseaba.

Representa una posibilidad real el que, en una sociedad que considera moralmente lícito el homicidio a petición, los moribundos entren en una situación en la que tengan que considerar la expresión de un deseo semejante como el cumplimiento de un último deber de cortesía frente a los vivos. (Shockenhoff, 2012, 570)

Un cambio de este tipo no afecta solo a uno mismo, sino a otros. Implica cambiar la presunción de la ley, que está siempre a favor de defender la vida de las personas. Además, se predica este “nuevo derecho” solo para los enfermos crónicos o terminales, pero no para todos los ciudadanos, con lo cual es una idea de libertad absoluta de la que solo gozarían quienes estén fuertemente condicionados por el sufrimiento y la enfermedad, lo cual es más contradictorio todavía.

Si el suicidio fuera un derecho a proteger por el Estado con el que los servicios de salud debieran colaborar, tendría que extenderse a todos los ciudadanos, con lo cual, en lugar de prevenirlo, tanto psiquiatras como psicólogos deberían invitar a sus pacientes a usar este nuevo servicio, sin intervenir por respeto a su “autonomía” y a sus “valores”. Y también deberían invitar a los sanos porque, si es un “derecho humano”, tiene que ser de todos. Es un planteo que llevado hasta sus últimas consecuencias muestra su verdadero rostro. Se ha demostrado que, en los países donde se ha legalizado, los motivos para pedir eutanasia aumentan en personas sanas que solamente argumentan tener vidas que no desean vivir. Se van creando nuevas sociedades eugenésicas donde ya no hay lugar para los discapacitados o ancianos con demencia, porque ellos mismos son convencidos de que sus vidas ya no valen o, como dicen, “no son dignas”. Y, efectivamente, las solicitudes aumentan a medida que la práctica se normaliza.

Si fuera un derecho suicidarse, no sería delito que alguien te ayude a suicidarte. Porque se supone que no está mal que alguien te ayude a ejercer tus derechos. ¿Pero por qué el suicidio asistido está condenado por la ética médica y los derechos humanos? Porque no es un derecho, aunque exista la posibilidad de hacerlo. Se confunde querer algo y poder hacerlo libremente, con que tenga que ser un derecho en sentido jurídico, el cual implica siempre deberes. Si fuera un derecho, otros tendrían el deber de “apoyarme”, es decir, de matarme.

El verdadero rostro de la eutanasia es que, detrás de la persuasión del ejercicio de la autodeterminación personal, lo que realmente sucede es que habrá personas sin protección jurídica sobre su propia vida. Se les puede matar. En los países donde comenzaron legalizando el

suicidio asistido con consentimiento de la persona, han llegado a eliminar personas sin su consentimiento, dado que en casos de deterioro cognitivo, lo decide la familia o el médico tratante (Spaemann et al., 2019).

Oposición entre cuidados paliativos y eutanasia

Se reitera insistentemente entre los promotores de la eutanasia y el suicidio asistido que los Cuidados Paliativos y la eutanasia no se oponen, y que quienes afirman tal oposición se equivocan. Según una opinión que se extiende sin mucho análisis ni profundidad, no habría oposición, sino que cada uno podría elegir entre todas las opciones que su sistema de salud le ofrezca. ¿Es así? Es cierto que en los hechos pueden coexistir, pero también es cierto que la Eutanasia desplaza a los Cuidados Paliativos. Pero lo más importante es que, efectivamente, se oponen en su finalidad, porque los Cuidados Paliativos tienen por objetivo eliminar el sufrimiento y no al que sufre, mientras que la eutanasia tiene por objetivo eliminar al que sufre para eliminar con él también su sufrimiento. No son complementarias acciones opuestas: aliviar al que sufre no se complementa con eliminarlo.

Es falsa la dicotomía dolor insoportable o muerte, cuando no se ofrece la posibilidad del alivio del sufrimiento, que no solo es real y posible, sino algo que es un derecho de todos los pacientes.

La verdad es que atender peticiones de morir sin procurar que cambien las condiciones de asistencia a los enfermos y a las personas en situaciones difíciles es una hipocresía social que abre la opción de matar al enfermo por no procurarle alivio a su sufrimiento, escudándose en que es una decisión libre del paciente.

La evidencia muestra que, donde se despenalizan el suicidio asistido y la eutanasia, las unidades de cuidados paliativos se van reduciendo considerablemente, así como la investigación sobre ciertas enfermedades degenerativas (Spaemann et al., 2019). Por ello, son opciones opuestas para el personal de salud. Elegir el camino de la eutanasia es abandonar en los hechos los cuidados paliativos. La despenalización claramente no termina con el problema que quiere solucionar, sino que lo agrava.

El Dr. Manuel Martínez-Sellés, catedrático de Medicina y jefe de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, advierte:

La historia nos demuestra lo rápido que se llega a la eutanasia en enfermos psiquiátricos, dementes, ancianos vulnerables y recién nacidos discapacitados. En Holanda la eutanasia se aplica ya no sólo a enfermos, sino simplemente a gente que no quiere vivir, sin que exista razón médica. Además, la eutanasia tiende a hacerse especialmente accesible y es dirigida de forma prioritaria a las clases económicamente más débiles, los grupos étnicos desfavorecidos y a las personas más vulnerables. Al limitar la oferta en cuidados paliativos, estos se pueden convertir en un lujo para aquellos con determinado poder adquisitivo. (Martínez-Sellés, 2019)

El profesor Diego Gracia Guillén, médico y filósofo, experto en psiquiatría y uno de los grandes referentes españoles en bioética, en su comparecencia el 16 de junio de 1998 en la Comisión del Senado, afirmó:

La acción transitiva que se realiza en el cuerpo de otra persona para poner fin a la vida, a mí me parece que es peligrosa porque abre un camino que luego es difícil de parar. Este es el famoso argumento de la pendiente resbaladiza. Esto en ética es importante porque la prudencia es la virtud que intenta prever las consecuencias y evitar decisiones de las que nos podamos arrepentir después. Pero si esto es ética, también es política. Es decir, en política y en legislación, me parece que argumentos como el de la pendiente resbaladiza tienen que ser muy tenidos en cuenta. El tema de la sutil coacción de las personas que ya no tienen una gran autonomía, en el sentido de que son muy dependientes de otras, también habría que tenerlo en cuenta; yo, por lo menos, así lo haría. (Citado por De la Torre, 2019)

Hay quienes llaman a la eutanasia “un acto humanitario de compasión”, incluso “un acto de piedad”, “de amor”, para proclamarse favorables a la eliminación de personas con enfermedades graves e irreversibles. Pero aquí hay un problema con el uso del concepto, porque la piedad y la compasión llevan a cuidar, a consolar, aliviar y animar al que sufre. El origen del término compasión refiere a “padecer con” (*cum-passio*), a hacer propio el sufrimiento del otro, pero no puede justificar acabar con la vida del que sufre. Matar no es un acto de compasión, sino de desvalorización de la vida ajena. En cambio, la verdadera compasión es ayudar a morir mediante el acompañamiento de quien comparte el sufrimiento, cuida y alivia.

¿No es la eutanasia un retroceso humano y social? ¿Deberíamos aceptar que esta mentalidad termine configurando nuestras leyes? ¿Los médicos se verán obligados a cambiar la ética médica por presiones sociales y políticas?

El debate sobre la eutanasia no trata sobre la libertad para elegir cómo morir, sino sobre cómo la sociedad trata a los más vulnerables. Se trata de eliminar el sufrimiento, no a los que sufren.

Bibliografía

- Aly, Götz. 2014. *Los que sobran. Historia de la eutanasia social en la Alemania nazi, 1939-1945*. Barcelona: Crítica.
- Anrubia, Enrique (Ed). 2008. *La fragilidad de los hombres: la enfermedad, la filosofía y la muerte*. Madrid: Cristiandad.
- Bermejo, Juan Carlos y Cristina Lázaro. 2018. *La muerte apropiada: experiencias al final*. Santander: Sal Terrae.
- Bermejo, Juan Carlos y Rosa Belda. 2019. *¡No quiero sufrir! Sobre la eutanasia y otras cuestiones bioéticas al final de la vida*. Santander: Sal Terrae.
- British Medical Journal. 2004. *Where, What, and Who in Choices in Dying*. Disponible en: <https://www.bmj.com/>
- De la Torre, Javier. 2019. *La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica*. Santander: Sal Terrae.

- Franca-Tarragó, Omar. 2008. *Bioética en el final de la vida. Perspectiva personalista*. Buenos Aires: Paulinas.
- Gómez Sancho, Marcos. 2005. *Morir con dignidad*. Madrid: Arán.
- Gracia, Diego. 1996. *Morir con Dignidad. Dilemas éticos en el final de la vida*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.
- Gracia, Diego. 2004. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela.
- Gracia, Diego. 2019. *Bioética mínima*. Madrid: Triacastela.
- Haaland Matlary, Janne. 2008. *Derechos humanos depredados: hacia una dictadura del relativismo*. Madrid: Cristiandad.
- Habermas, Jürgen. 2010. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Barcelona: Paidós.
- Han, Byung-Chul. 2021. *La sociedad paliativa*. Barcelona: Herder.
- Heidegger, Martin. 2022. *Ser y tiempo*. Madrid: Trotta.
- Kant, Immanuel. 1989. *Metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos.
- Kant, Immanuel. 1988. *Lecciones de Ética*. Barcelona: Crítica.
- Küng, Hans y Walter Jens. 2010. *Morir con dignidad: un alegato a favor de la responsabilidad*. Madrid: Trotta.
- Küng, Hans. 2015. *Una muerte feliz*. Madrid: Trotta.
- MacIntyre, Alasdair. 2001. *Animales racionales y dependientes*. Madrid: Paidós.
- Marías, Julián. 1995. *La felicidad humana*. Madrid: Alianza.
- Martínez-Sellés, Manuel. 2019. *Eutanasia: Un análisis a la luz de la ciencia y de la antropología*. Madrid: Rialp.
- Pascal, Blas. 2001. *Pensamientos*. Barcelona: El Aleph.
- Ricoeur, Paul. 2006. *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Spaemann, Robert, Gerrit Hohendorf y Fuat Oduncu. 2019. *Sobre la buena muerte. Por qué no debe haber eutanasia*. Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad.

Schockenhoff, Eberhard. 2012. *Ética de la Vida*. Barcelona: Herder.

Taylor, Charles. 2002. *Ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós.

Valverde, Carlos. 2003. *Génesis, estructura y crisis de la Modernidad*. Madrid: BAC.

Vidal, Marciano. 2007. *Orientaciones éticas para tiempos inciertos: entre la escila del relativismo y la Caribdis del fundamentalismo*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Zubiri, Xavier. 2007. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza.

¿Cuál es el valor de la vida humana?

Dra. Delia M. Sánchez¹

Hace tres mil años, un rey-poeta de Israel, dirigiéndose a su Dios, se preguntaba: “¿Qué es el hombre, para que tengas de él memoria, y el hijo del hombre, para que lo visites?” (Salmo 8:4). La pregunta de David refleja la perplejidad humana ante su propia condición; reconoce la maravilla del mundo que lo rodea, pero también el lugar y valor especialísimo de cada ser humano dentro de él y pregunta sobre el origen de ese valor especial.

Algunos autores contemporáneos cuestionan la idea de ese valor especial y, como Singer, se refieren a ella como "especismo": una forma prejuiciada de discriminar a las restantes especies de animales adjudicándonos un lugar especial en el cosmos (Singer, 1990).

En este texto asumiremos una postura contraria a la de Singer, reivindicando la condición especial del ser humano, aunque no para justificar nuestro comportamiento abusivo respecto a los otros seres vivos. Más específicamente, plantearemos el problema del valor del ser humano desde una bioética de los derechos humanos.

¿Por qué una bioética de los derechos humanos? Porque constituyen un conjunto de valores laicos consensuados por la humanidad, que no excluyen los otros valores que cada uno de nosotros pueda defender como individuo. Dichos valores se manifiestan como reconocimiento de derechos inherentes a la persona, inseparables, irrenunciables e inalienables.

El fundamento de los Derechos Humanos no es otro que el reconocimiento de la dignidad del ser humano, tal como se manifiesta en el primer párrafo del Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: "*Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;...*" (ONU, 1948).

La Declaración no entró en la justificación del origen de esa dignidad intrínseca, no porque no sea relevante, sino porque existen distintas justificaciones, desde el ser creados por Dios para los creyentes, a la capacidad racional para otros. Pero lo cierto es que, al menos en Occidente, la cuestión del valor del ser humano (la persona humana) cuenta con una profusa tradición filosófica.

Boecio, escribiendo a fines de la Antigüedad y comienzos de la Edad Media, definió a la persona como **“la substancia individual de naturaleza racional”** (Boethius, The Theological Tractates). No hace este autor diferencia entre el concepto de persona y el de ser humano, aplicando los términos indistintamente, siguiendo la tradición de autores latinos como Cicerón, Virgilio, Séneca y Quintiliano (Alvarado Chacón JR). Los términos “substancia” y “naturaleza” son usados por Boecio en consonancia con la tradición filosófica aristotélica, lo que les da un sentido preciso, diferente en

¹ Doctora en Medicina. Bioeticista y Salubrista. Correspondencia: dibarsan@adinet.com.uy

parte al que usamos actualmente. Pero lo que es claro es que identifica la racionalidad como el factor distintivo de la persona humana.

En plena Edad Media, Santo Tomás de Aquino une los conceptos de “persona” y “dignidad”, dándoles un sentido metafísico. Refiriéndose a la pregunta teológica sobre “si es posible que exista una persona en Dios”, responde: *“Persona significa una cierta naturaleza (quaedam natura) con un cierto modo de existir (quidam modus existendi). Ahora bien, la naturaleza que la persona incluye en su significado es la más valiosa (dignissima) de todas las naturalezas, o sea, la naturaleza intelectual de acuerdo con su genus, y de igual manera el modo de existir significado por persona es el más valioso (dignissimus), o sea aquel de algo que existe en sí mismo (per se existens)...”* (Santo Tomás de Aquino, 2011).

Ya en el siglo XVIII, Immanuel Kant en su “Antropología desde un Punto de Vista Pragmático” afirma: *“El hecho de que el hombre pueda tener la idea de 'yo' lo eleva infinitamente sobre cualquier otro ser vivo sobre la tierra. **Por eso es una persona**; y, por virtud de su unidad de conciencia a través de todos los cambios que pueda sufrir, es una y la misma persona, esto es, un ser totalmente diferente en rango y dignidad a las cosas, tales como los animales irracionales, de los cuales podemos disponer como nos plazca. Esto se mantiene incluso si no puede todavía decir 'yo'...”* (Kant, 1991). Desplaza entonces la definición de lo que constituye una persona (un ser humano) de la naturaleza racional a la continuidad del yo, lo que implica un cambio enorme en la concepción previa, pero igualmente funda en esto el valor especialísimo del ser humano. La última frase de la cita (*“Esto se mantiene incluso si no puede todavía decir yo...”*) muestra que se refería a la potencialidad de continuidad de la conciencia, no a su actualización. En el siglo anterior, sin embargo, Locke planteaba la diferencia entre persona y ser humano, dependiendo de las propiedades mentales que permitieran la continuidad de la identidad del yo (Locke, 1992).

Tanto la postura de Kant como la de Locke han tenido continuidad hasta nuestros días, derivando en dos visiones opuestas sobre el valor del ser humano, que para unos sería inherente a su naturaleza y para otros condicionado a la presencia efectiva de ciertas facultades (Engelhard, 1996). En el segundo caso se postula la existencia de seres humanos no-persona, con las consecuencias que de ello se derivan.

En su Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres, Kant afirma que *“[e]n el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad”* (Kant, 1921). ¿Y qué se encuentra por encima de todo precio y no tiene nada equivalente? El mismo autor nos responde unos párrafos más adelante: *“Así pues la moralidad y la humanidad, en cuanto que ésta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad”*.

Esta definición del filósofo prusiano es clave para el desarrollo del concepto de Derechos Humanos tal como los entendemos hoy. Cuando la Declaración Universal de los Derechos Humanos utiliza la frase *“Reconociendo la dignidad intrínseca... de todos los miembros de la familia humana”* hace referencia, sin nombrarlo, a Kant. Aunque encontremos distintos fundamentos al origen de esta

dignidad intrínseca, siempre está presente ese concepto del ser humano como aquel que no tiene precio y por lo tanto no puede sustituirse por otro.

La idea del no-precio del ser humano tiene muchas implicancias prácticas: la primera, que no puede establecerse una escala de “valor” de seres humanos, en la cual unos valdrían más que otros; todos tienen siempre igual dignidad, que es el valor del ser humano. Otra consecuencia es que el ser humano no puede ser comercializado, por lo que su cuerpo tampoco, lo que descarta no sólo la esclavitud, sino la posibilidad de comercio con órganos y tejidos humanos. Se dirá que en muchos países es legal el trasplante de órganos de donantes vivos no emparentados (en los que media un pago al donante), o la maternidad subrogada comercial. El hecho de que existan estas prácticas no impide que sean abusivas y contrarias a la dignidad de las personas que se ven sometidas a ellas por su situación de especial vulnerabilidad. Por este motivo nuestro país ha sido y es un defensor a ultranza de la donación altruista, como acto de libertad y generosidad.

¿Estamos todos de acuerdo en que no puede establecerse una escala de valor de los seres humanos? Como señalé más arriba, es una consecuencia de afiliarse a la visión kantiana, pero no es la única mirada posible.

La situación creada en muchos países por la pandemia de SARS-COV2 ha mostrado cómo otras visiones del ser humano están presentes y son aceptadas por muchos en el momento de decidir la manera de adjudicar recursos escasos e imprescindibles para la vida.

En un editorial publicado en la Revista Médica del Uruguay (Sánchez, 2020), señalaba el caso extremo de las pautas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semyciuc, 2020), manifestando allí que: *“si bien indican que la edad cronológica no debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación, plantean el criterio de ‘maximización del número de años salvados’, que es justo lo contrario, lo que además plantea el problema de asegurar la supervivencia de los salvados frente a cualquier otra eventualidad de sus vidas, así como los años de vida libres de discapacidad para las personas ancianas. El criterio 23 de estas mismas pautas propone ‘tomar en consideración el valor social’ de la persona para decidir su ingreso a CTI”*.

La idea del “valor social” de las personas es contraria a la de la igual dignidad inherente de todos los seres humanos, si pensamos que la dignidad es el valor de la persona humana, no importa cuál sea su condición ni su contribución al resto de la sociedad.

Este supuesto valor social diferente estaría basado en la “contribución” que cada individuo sería capaz de realizar a la sociedad en su conjunto. De esta manera, se valora más al sano que al enfermo, al culto que al analfabeto, al joven más que al viejo, al trabajador que genera mayor aporte al PBI de un país que al que genera menos. Y, por supuesto, sólo por casualidad, los históricamente más favorecidos resultan los más valiosos... y, puestos a elegir, deberán ser nuevamente favorecidos.

La idea del ser humano que subyace es que el humano existe *para* algo, y ese algo es externo a sí mismo. Sin embargo, volviendo a Kant, la naturaleza racional, o sea el humano, existe como un fin en sí mismo (Kant, 1921). ¿Qué quiere decir esto? Que su valor no reside en su contribución mayor

o menor al bienestar de la sociedad, sino en su misma existencia. No se postula, evidentemente, el egoísmo de quien decide no hacer nada por los demás como preferible a la generosidad, sino que *no es eso* lo que en última instancia le da valor ni puede quitárselo. La dignidad (el valor del ser humano) es independiente tanto de su conducta como de su situación vital. Es por este mismo motivo que se afirma que los Derechos Humanos son universales (de todos los humanos), y que nadie los merece ni los pierde, no importa cómo actúe ni cómo viva.

En este contexto, surge en nuestro país una propuesta de legalizar la eutanasia como forma de responder al sufrimiento intolerable de aquellos que, padeciendo una enfermedad terminal, así lo pidieran. ¿Compasión? ¿O ratificación de la idea de que algunas vidas tienen menor valor que otras y, por lo tanto, el Estado no sólo no debe defenderlas sino facilitar su destrucción?

Si bien no es la propuesta actual en Uruguay, las causas aceptadas para acceder a la eutanasia o al suicidio asistido en los países (o Estados dentro de países federales) donde estas prácticas son aceptadas, incluyen no solamente el sufrimiento físico extremo en una enfermedad terminal (por el que todas comenzaron), sino que se han ido extendiendo al sufrimiento psíquico, la patología mental, el diagnóstico de una enfermedad que en el futuro, si no surgiera un tratamiento, llevará a la incapacidad física o psíquica, y aún a los síntomas comunes de la vejez o lo que algunos llaman “una vida completada”, a lo que se suma el deseo de no ser una carga para la familia. También ha derivado de la solicitud por quien goza de autonomía plena al momento de decidir, a la inclusión de niños y neonatos.

¿Dónde queda en estos casos la obligación del Estado de defender el derecho inherente, inalienable e irrenunciable a la vida? ¿Se supedita a un supuesto derecho, no reconocido como tal, al suicidio, separando el derecho a la vida del derecho a la libertad, aunque los derechos humanos sean inseparables?

Tampoco es así, porque no se defiende el derecho al suicidio de todas las personas, sino solamente de algunas; aquellas a las que, por algún motivo, el Estado entiende que no debe proteger en su derecho a la vida. Esto sólo es posible bajo un supuesto: sus vidas tendrían menor valor.

Bibliografía

Alvarado Chacón JR. “La persona en el derecho romano y su influencia en el sistema jurídico de la América Latina”. Colaboración Especial Realizado con la tutoría del Doctor Joaquín Alvarado Henríquez. ANUARIO Vol. 25 del Instituto de Derecho Comparado. Universidad de Carabobo, Venezuela. Disponible en:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc25/25-1.pdf>

Boethius, Anicius Manlius Torquatus Severinus (480-524). The Theological Tractates: Christian Classics Ethereal Library Grand Rapids, MI, Disponible en:

<http://www.ccel.org/ccel/boethius/tracts.html>.

Engelhard, Tristram. 1996. *The Foundations of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press.

- Kant, Immanuel. 1991. *Antropología en Sentido Pragmático*. Versión española de José Gaos. El libro de bolsillo. Madrid: Alianza Editorial.
- Kant, Immanuel. 1921. *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*. Trad. de M. García Morente. Madrid: Espasa Calpe.
- Locke, John. 1992. *Ensayo Sobre el Entendimiento Humano*. México DF: F.C.E.
- Organización de las Naciones Unidas. 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Salmo 8:4. Biblia de Jerusalén en línea. Disponible en: <https://www.bibliacatolica.com.br/la-biblia-de-jerusalen/salmos/8/>
- Sánchez, Delia. 2020. “Ética y salud pública en tiempos de COVID-19”. Editorial. *Revista Médica del Uruguay*. 36, 2: 117-118. Disponible en: <http://www2.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/523/517>
- Santo Tomás de Aquino. *De potentia*, q. 9, a. 3, corp. En Emery G, O.P. 2011: “The Dignity of Being a Substance: Person, Subsistence, and Nature”. *Nova et Vetera*, English Edition, Vol. 9, No. 4: 991–1001. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/201971720/Emery-person-substance>
- Singer, Peter. 1990. *Animal Liberation: A New Ethic for Our Treatment of Animals*, 2a. ed. Nueva York: Random House.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semyciuc). 2020. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

Qué hay detrás del “querer morir” en pacientes graves

Dr. Marco di Segni¹

Todos sabemos que un tema de encendida discusión, acerca del paciente que solicita la eutanasia o la muerte asistida, consiste en valorar si aquel se encuentra, y en qué grado, en condiciones de ejercer libremente la determinación de poner fin a su vida. A esta disyuntiva se accedería, naturalmente, a condición de haber determinado antes que a la vida humana puede ponérsele fin según criterios que cuestionan su indiscutible valor, y si, en segundo lugar, se ha consentido en que la libertad puede ejercerse sin arreglo a los factores que la limitan.

A la libertad de vivir no puede renunciarse, entre otras cosas, porque si admitimos que se acceda a darnos muerte, estamos consagrando a otros como verdugos, que podrán estar habilitados a quitarla tras la sanción de una norma. Pero supongamos que, pese a ese impedimento previo, enfocáramos solo el tema de cuánto se es libre para arribar a esa decisión. De hecho, un requisito para el ejercicio de la libertad es tener conocimiento de la situación a la que uno se enfrenta y así elegir y hacerse responsable de esta decisión que, en la cuestión que nos ocupa, pesaría en la libertad y la responsabilidad de otros, si estos se transforman en ejecutores de la “indicación”. Y si muchos médicos o personal de enfermería tuvieran objeciones de conciencia, quedarán solo relativamente a salvo de los dictámenes de la misma, pues con su negativa solo se conseguiría derivar a otros ejecutores su cumplimiento, de prosperar el proyecto de eutanasia.

La ausencia de conocimiento de las posibilidades que se le presentan a la persona como opciones, así como los diversos impedimentos para una valoración mínimamente objetiva, parecen constituirse en inevitables obstáculos del discernimiento del sujeto. Ocurre esta dificultad cuando la persona está influida por creencias pasajeras o transitorias como percepciones o interpretaciones de la realidad (que le generen inadaptación o no), que han sido fruto de aprendizaje y adoptadas con el paso del tiempo, y que pueden constituirse como no pasibles de crítica. Alguien dirá que un cierto monto de subjetividad es inseparable de todo vivir humano. Lo es, pero debemos compartir un conjunto de convicciones consensuadas que permitan a la persona vivir en sociedad y entenderse con otros, sin infringir reglas básicas que los afecten. Y es necesario que esa persona habite el entramado comunitario que le es inherente, sin groseras distorsiones de la realidad y sin sufrir padecimientos que deformen su visión básica del mundo, del futuro o de sí misma. Decir no robarás, no matarás o no traicionarás parece una base indiscutida, aunque frecuentemente infringida, sobre la que se desarrolla la vida en sociedad, enraizada como patrimonio de una cultura con bases históricas profundas. La incuestionabilidad del valor de la vida propia y ajena es una de ellas, por lo que para vivir en comunidad deben respetarse los derechos humanos, que las normas deben reconocer y recoger en sus formulaciones.

En primera instancia, toda persona que nos manifiesta una intención de morir nos despierta un llamado a la solidaridad y a preocuparnos por su vida. ¿No haríamos necesariamente algo si un

¹ Médico psiquiatra psicoterapeuta. Correspondencia: marcods632@gmail.com

amigo nuestro nos manifestara su deseo de morir, con el fin de impedirlo? ¿No intervendríamos en función de ese riesgo? Percibimos esa alarma por ser la vida el bien mayor sobre el cual la persona erige todos sus otros bienes y desarrolla su acción en el mundo junto a los otros. Es así, también, porque la autodestrucción atentaría contra el “instinto de conservación”, impreso a fuego en la constitución de todo ser vivo. En sentido estricto, quien crea que su vida no vale la pena ser vivida puede estar padeciendo de un desequilibrio que, si bien habitualmente no invalida su libertad y su discernimiento, los acota considerablemente; a veces tanto, que no puede percibir, sin ayuda, una salida de la situación tal como la experimenta, *y puede por ende creerse con la sola opción de poner fin a su vida*, pese a que el valor de toda vida tiene por fundamento el ser persona. Más que no querer vivir, los pacientes afectados de un padecimiento grave no quieren vivir *así* (y en ese *así* están sus dolores, que pueden ser tratados, y sus creencias atormentadoras o su depresión, que pueden ser objeto de escucha, psicoterapia y acompañamiento).

Existen afecciones psiquiátricas, transitorias y permanentes (pero nos interesa detenernos sobre todo en las segundas) en las que la persona puede perder, en diverso grado, las referencias de un mundo razonablemente compartible y procesar, de este modo, en forma evidentemente distorsionada, las situaciones que vive. Tal es el caso de los cuadros delirantes de las psicosis (por su irrealidad), las depresiones crónicas graves (por su “oscuridad”), los graves desequilibrios del estado de ánimo en los trastornos fronterizos (por su inestabilidad) o el deterioro progresivo de diferente origen (por su desorganización). Son casos de perturbaciones más o menos irreversibles, en los que la alteración puede ser más permanente, mientras que en los cuadros agudos, las alteraciones suelen revertir dando lugar a períodos de calma en los que se recupera, frecuentemente, la claridad de la conciencia y, por ende, del discernimiento. Pero, en ambos casos, los pacientes se benefician si son ayudados. No olvidemos que los diferentes tipos de discapacidad psíquica o física y también la vejez extrema han sido considerados, por no pocos, como factores habilitantes para solicitar la eutanasia.

Los casos de depresión no diagnosticada o no tratada pueden ser graves e impedir a la persona tener un horizonte de posibilidades reales para considerar, ya que la visión del sujeto en esta situación (diferente a la tristeza habitual) opaca y sumerge su temporalidad, su salud física y su búsqueda de cambios en la oscuridad, el pesimismo y el deseo de muerte. Los cuadros depresivos son pasibles de tratamiento y mejoría, como otras afecciones que pueden aquejar al paciente y su capacidad de discernir. Algunas veces estos cuadros son consecuencia de un estilo fatalmente distorsionado de ver las cosas; otras veces, prevalece una enfermedad depresiva previa en la que se inserta la difícil coyuntura de la terminalidad o de la futuridad acotada.

En casos de invalidez o importante limitación, en situaciones límite, el sujeto procesa pues en forma anómala los hechos que sus sentidos le ofrecen y *es cuando más debería ser cuidado para protegerse su vida*, ya sea de intereses de terceros o de su autoagresión física o “legal”. Estas dificultades al interpretar la situación son frecuentemente de carácter patológico y pueden, en casos graves, impedir su procesamiento o, en la mayoría de los casos, limitarlo si no media tratamiento.

Estos procesos defectuosos en la interpretación de la información que, bajo la forma de creencias erróneas arraigadas en pacientes no tan severamente afectados, han sido aprendidos a lo largo del

desarrollo, distorsionan el procesamiento de decodificación de la realidad de modo muy notorio, a modo de “lente sucio”. Obviamente, estos errores de elaboración se encuentran muy extendidos y no necesariamente se adscriben a patologías formales, sino más bien a estilos interpretativos con un patrón repetitivo en determinada cultura. De no corregirlos, y como consecuencia de su empleo en este punto crucial de la existencia, darán lugar a emociones atormentadoras como una importante depresión, una desbordante ansiedad, ira, negativismo o comportamientos impulsivos, condiciones que invalidan o inundan la capacidad de discernir y decidir, y que se suman a las reacciones normales o esperables en tan difícil trance.

En la situación crítica que nos ocupa, la relación con la familia y el equipo de salud le brindará el *sostén* que el paciente no tiene, lo hará sentir parte de una *trama* donde su destino importa a todos y elaborará un *proyecto* inmediato que le permita transitar con un objetivo abarcable para esas etapas finales, en que paciente, equipo de salud y familia apuntan a un mismo propósito. Estos son los ingredientes de la *relacionalidad* que hacen del sujeto una persona que transita junto a otros por la historia, desde su propia condición.

Podríamos destacar, como ejemplos, por un lado, *ideas irracionales* (Ellis, 1980, 59-81) que pueden afectar el contenido del pensamiento, y *distorsiones cognitivas* (McKay et al., 1985, 29-36), que tienen más bien que ver con mecanismos fallidos formales del razonamiento. Estos problemas de interpretación en tanto proceso, por otra parte, resultan comunes a varias situaciones clínicas, y vale la pena revisar a algunos de estos con cierto detalle.

Entre las primeras fallas (**ideas irracionales** descritas por Albert Ellis), destacaremos solo algunas para nuestro objetivo:

- 1. Pretender contar necesariamente con la aprobación de los demás (necesidad de aprobación)**
- 2. Pretender ser totalmente competente en todo lo que se emprenda (autoexigencia perfeccionista)**

En estos casos, el sujeto se impone ser aprobado o no defraudar, en tanto, por ejemplo, no ser una carga (ver punto 1); o lucha por no ser visto en una situación de deterioro (sobre todo estético), sin poder prescindir de la ayuda de otros y con el mandato de “no quebrarse” (ver punto 1 y 2); es decir, se siente aquejado por considerarse en las antípodas del perfeccionismo que siempre ha cultivado, toda vez que esta creencia figura en su conjunto de ideas irracionales. La necesidad de no irritar o influir en la vida de los familiares, se agrega a la autoexigencia de no tolerar ser visto en el trance de enfermedad a lo que finalmente se suma el mandato cultural de “no aflojar”, todo lo cual se ve como irremontable, no permitiéndose la persona mostrarse como vulnerable y necesitada de ayuda.

- 3. Tener sistemáticamente miedo a lo desconocido o peligroso con la anticipación ansiosa**

Quien así piense puede difícilmente creer en que haya recursos previstos para situaciones críticas y menos que los protocolos de trabajo intenten reducir y mitigar la incertidumbre de la futuridad,

que nunca puede suprimirse. Asimismo, especula con futuros catastróficos en los que ocurre necesariamente la peor de las posibilidades imaginadas.

4. Creer que es más fácil evitar los problemas y las responsabilidades que hacerles frente (lo que conduce a la postergación)

Quien así haya pensado –y, consecuentemente, obrado– deberá hacer un esfuerzo mucho mayor para enfrentar situaciones duras que demandan una respuesta concreta. Estas personas pueden no creer que existan recursos para tratar la incertidumbre sobrevalorada, para construir futuros inmediatos y abarcables, etc., con el soporte de su psicoterapeuta. Si opta por esta evitación para que le reporte un alivio fugaz, puede enfrentarse a la soledad. En consecuencia, estos pacientes podrían inclinarse más fácilmente por el recurso de solicitar la eutanasia, que puede verse como *un atajo hacia el cual correr* para pasar rápidamente por el trance, que podría resolverse de otro modo.

5. Creer que todo seguirá igual, que no habrá cambios, que solo se debe esperar más de lo mismo (predeterminación)

Es el caso de quien crea que poco cambio puede esperarse en el enfoque de la realidad, y que el destino “está escrito” o que el sufrimiento “es la regla ineludible”, que tan solo es de esperarse “más de lo mismo” y que, por lo tanto, no vale la pena transitar por la encrucijada de este tiempo final. Esto conduce a la depresión y a la resignación.

Por otra parte, entre las **distorsiones cognitivas**, descritas por Aaron Beck, que podemos considerar como errores del mecanismo del interpretar, pueden interesar aquí:

1. Inferir arbitrariamente

Supone deducir, por ejemplo, que a tal patología le sigue necesariamente tal o cual pronóstico y por tanto “¿para qué luchar?”. O deducir que porque otra persona recibe una medicación que el observador recibe también, ambos deben sufrir el mismo problema. O inferir que, dado que alguna persona conocida con determinada patología ha sufrido una mala evolución, *inexorablemente* se ha de seguir el mismo camino.

2. Sobregeneralizar

Puede manifestarse como “todos los médicos son iguales” (a aquel que eventualmente una vez se equivocó) o “todas las enfermedades oncológicas tienen igual curso o desenlace”. Todo esto puede disminuir la esperanza y propender a “ahorrarse el proceso”.

3. Personalizar

Si pensamos que algo nos ocurre por ser justamente nosotros a quien va destinado “con nombre y apellido”, se hace una ligazón mágica del azar con la propia capacidad de “atraer” todo lo malo (“era obvio que esto iba a pasarme *a mí*”). Se interpreta cada experiencia para analizarse y valorarse a sí mismo y todo lo que otros hacen parece ser una forma de reacción contra la persona, que se torna susceptible. Si fuera así, poco bueno puede esperarse.

4. Pensamiento en blanco y negro

“O tengo suerte o no la tengo”, “o me va bien de entrada o todo irá mal”. Así, se percibe la realidad en términos de extremos, sin la obligatoria gama intermedia, cuando en realidad, siempre estamos situados en este degradé, apuntando a la superación como fruto de un proceso de maduración. Esta distorsión se combina frecuentemente con el perfeccionismo, en un cóctel sombrío: “O evoluciono bien de entrada o será un desastre”.

5. Etiquetado

Supone actuar bajo la forma de autoetiquetarse (“yo para estas cosas no sirvo”, “soy flojo para esto”), con la consecuente actitud de bloqueo hacia una apertura a la vida.

Estas creencias o modalidades de procesamiento y otras –que pueden pagarse con consecuencias de ansiedad, depresión, ira o múltiples combinaciones de estas emociones– adquiridas por aprendizaje, influencia de modelos e historia familiar, según las interacciones a que haya accedido cada uno, deben ser detectadas y rectificadas en lo posible. O, al menos, deben ser reconocidas o indicadas como pasibles de cambio, para que el paciente esté munido de un conocimiento más cabal y realista al procesar las situaciones que vive. También deben atenderse las influencias biológicas en el comportamiento para su encare racional farmacológico o psicoterapéutico.

Hemos visto a quienes consideran la enfermedad y la muerte como un castigo por una culpa que se arrastra y que les da la oportunidad de una imaginaria expiación, o quienes creen que el sufrimiento es inherente a la vida, como el invitado indeseable que viene a aguar la fiesta y de quien resulta imposible sustraerse, situaciones ante las cuales es urgente ofrecer ayuda.

En suma, debe disponerse de tiempo para ofrecer un tratamiento psicoterapéutico breve y claro para implementar técnicas de facilitación del proceso de afrontamiento de este período, sobre la base de haber tenido la oportunidad de detectar y enmendar, al menos en parte, las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas anteriormente expresadas, ideas que deben ser reformuladas en forma más realista. A esto se suma que estas creencias alteradas se solapan temporalmente con el tránsito por las fases del proceso del duelo (de la salud, del estatus estético y social, etc.), que sigue las fases descritas por E. Kübler-Ross (1975, 59-177), todo lo cual clama por ayuda con el fin de enfrentar estratégicamente el futuro y elaborar y *resignificar* el pasado. Siempre es una experiencia crítica el afrontar la perspectiva del fin de la vida. Lleva a la persona a revalorizar el pasado y a anticipar el futuro –una vez que sabe a qué atenerse en base a la información disponible sobre la enfermedad y cuando el paciente ha tomado decisiones sobre cuestiones pendientes–, tratando de “pensar” este tiempo por venir como futuros fragmentados o abarcables a los que pueda proyectarse más fácilmente, con metas a la vista, sin un margen tan grande de incertidumbre ansiógena, que es inherente a la anticipación de un futuro más diferido (Lukas, 1995, 7-12). En esta crucial situación límite, debe ayudarse a los pacientes por parte del equipo tratante, lo que incluye la posterior profundización específica, por parte del psicoterapeuta.

Concluimos que, en principio, una persona no deseará morir, salvo que su condición clínica desbordada por las antedichas creencias o por ciertas enfermedades psíquicas, le imposibiliten ver la perspectiva de tratarse y de organizar, en paz y sin dolor, este período acotado pero concentrado

de la existencia, como un período de oportunidad. *De hecho, si el paciente se enfrenta a la cuestión de eliminar su vida o de transitar en paz, sin dolor y acompañado en su último trecho con cuidados paliativos, es sumamente improbable que opte por querer tomar el “atajo” de la eutanasia.* Pero, para ello, debe estar en condiciones de valorar, por sí mismo o por haber legado una voluntad anticipada o con la ayuda de familiares y miembros del equipo tratante, su situación y el tratamiento disponible, basado en la eliminación del dolor y en ayuda psicológica y espiritual. Se debe, además, informar a demanda, según la necesidad del paciente y en forma veraz, y procurando que el horizonte esté libre de presiones. El ser humano en su totalidad debe ser cuidado y tratado (di Segni, 2016, 5-6).

Este trance se despliega además en la dimensión de la temporalidad. Contemplar un significado para el tiempo del paciente, entre la evidencia de su condición irreversible tratada paliativamente y su muerte natural, permite para el mismo aprovechar un tiempo vivenciado o de ocasión para el camino por el que deberá transitar.

Para quien así no lo crea, recomiendo leer el breve e impactante cuento de Borges, *El milagro secreto*, en que, en el tiempo que transcurre entre la orden del jefe del pelotón de apuntar y la de disparar, corre para el inminente fusilado un tiempo vivencial, como el de los saltos mortales, los exámenes, la emoción de la proximidad del ser querido. Este tiempo, si bien resulta virtual cronológicamente, es en realidad crucial vivencialmente. Durante el mismo, en el cuento antes mencionado, el fusilado vuelve a su pasado inmediato y alejado, para repararlo, completarlo, dignificarlo y, en suma, resignificarlo. Es un tiempo contra reloj que resulta insustituible para un balance de la vida; es un tiempo personal, necesario para quien desee vivirlo, con el que debe contar si desea elaborar, gracias al mismo, el fin de su existencia.

Así, el tiempo vivenciado es un tiempo de las oportunidades irrepetibles, un tiempo que no se mide en minutos sino en decibeles afectivos. Es el *Kairós*. El tiempo del reloj, en cambio, es el tiempo medido, el que nos angustia por lo incontrolable de su marcha hacia la consumación inexorable de nuestra existencia y que a todos afecta. Es el *Chronos*.

Cada persona que vive esa transición, esa pausa de confort por el dolor aliviado, y que recibe apoyo psicológico y espiritual, posibilitado por un plan de analgésicos que le permita estar sin dolor, puede intentar colmar su existencia en paz, rodeado por relaciones significativas que lo sostienen. Sanos y enfermos forman una trama donde cada uno importa y debe ser ayudado o ayudar. Quien está en esa situación recibe el amor de otros en paz, y puede manifestar su amor a otros. Ese tiempo vivencial es pues diferente cualitativamente al tiempo del reloj, y el paciente tiene derecho y necesidad de vivirlo, aunque la ansiedad de los familiares, la desesperación del paciente no tratado o las presiones del sistema insinúen un atajo que lo elimine, a él y a ese “tiempo especial” de oportunidad. Cada segundo es precioso, como lo es cada relación entablada y la resignificación que hagamos en este tiempo de oportunidad. ¡Llenemos de *Kairós* el *Chronos*!

Un eventual desajuste en su vida psíquica, cuando lo haya, acuciado por la situación que vive, hace además al paciente, a su familia y al equipo de salud, más humanos; de hecho, la enfermedad o la angustia no menguan el valor del doliente como persona. Solo si se encuentra acuciado por recursos institucionales eventualmente insuficientes, presiones sociales o patología depresiva u

otras no tratadas, desconocimiento de los cuidados paliativos o su confusión con el empecinamiento terapéutico –obstinación que nadie desea y en previsión de la cual existe ya la Ley de Voluntad Anticipada–, solo así concebimos que una persona pueda realmente llegar a preferir morir. Debemos evitar estas circunstancias desesperanzadoras y estas creencias y vivencias de abandono y soledad de nuestros pacientes, asistiéndolos como seres humanos irrepetibles, originales y relacionales.

Bibliografía

di Segni, Marco. 2016. *Manual conciso de terapia relacional-ética*. 1ª ed. Montevideo: Imp. Ancoril.

Ellis, Albert. 1980. *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kübler-Ross, Elisabeth. 1975. *Sobre la muerte y los moribundos*. 1ª ed. Barcelona: Grijalbo.

Lukas, Elisabeth. 1995. *Psicoterapia en dignidad*. Buenos Aires: San Pablo. Colección Noesis.

McKay, Mathew, Marta Davis y Patrick Fanning. 1985. *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

La validez del principio de autonomía y las situaciones extremas

Dra. Susana B. Escames^{1,*}

El objetivo de este trabajo es promover una reflexión profunda del tema que nos convoca, según principios y valores éticos atentos a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO² y al Código de Ética Médica³ del Colegio Médico del Uruguay.

Al leer un artículo publicado en la prensa en estos días, una frase quedó reverberando en mis pensamientos: “los valores no son cosas abstractas”, lo cual resulta aplicable para este tema que nos convoca. La problemática del que padece una enfermedad crónica y/o terminal no involucra solamente al paciente y su familia, sino a todo el equipo de salud.

No es ético terminar con la vida de nuestros pacientes aunque estén sufriendo, debemos deconstruir el término “compasión”, que sólo fortalece a los más fuertes. Gestionar el dolor haciendo desaparecer a los que sufren demuestra, sin lugar a dudas, un fracaso de la Medicina y de la sociedad en su totalidad.

La adaptación a esta situación del binomio paciente/familia es un proceso difícil, que impone grandes limitaciones. El amenazado Yo del sufriente suele disminuir su autoestima. Debemos procurar que pueda llevar adelante un proceso interno de elaboración simbólica a fin de poder aceptar su realidad y un nuevo sentido existencial. Se habla de cometer un “Egosidio”, que dará lugar a una re-significación de su existencia.

Es imprescindible mantener al mínimo el dolor físico, moral y espiritual del paciente por principios básicos de humanismo ya que, sin duda alguna, el dolor desestructura al ser humano. De no minimizarse el dolor, morir podría surgir entonces como camino de liberación personal y de toda la familia.

El filósofo Ortega y Gasset señala que el hombre vive en riesgo permanente de deshumanizarse (2015). Toda persona debe recibir atención esmerada, cuidados y ser acompañada en esta etapa final e ineludible del ciclo vital.

¹ Médico - Psiquiatra UdelaR. Diplomada en Bioética UDD - Chile. Correspondencia: suescames@gmail.com

* Declaro no tener intereses relevantes que declarar en relación a esta actividad, siendo el contenido de mi exclusiva responsabilidad.

² UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). 2005. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

³ Uruguay. Ley Nº 19.286. Código de Ética Médica, 25 de setiembre de 2014. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19286-2014/20>

La ética está presente en éste y cada uno de los aspectos esenciales de la vida. Debe encararse en forma plural, sabiendo que interactúan aspectos biológicos, psicológicos, espirituales y socioculturales.

El derecho a morir con dignidad constituye una exigencia ética como expresión del principio de autonomía, como ejercicio de nuestra libertad, así como también lo son aspirar a morir en paz y de forma comfortable.

De allí la importancia de recibir cuidados activos adecuados (léase Cuidados Paliativos), así como la importancia de la determinación de limitaciones al esfuerzo terapéutico, dado que aplicar procedimientos excesivos y fútiles conduce a una muerte con gran sufrimiento, aislamiento y hasta desfiguración corporal. Se debe propender a lograr la mayor calidad de vida posible para que morir sea un proceso normal.⁴

Nuestra hoja de ruta inevitablemente debe hacer referencia a los siguientes conceptos:

- Dignidad
- Autonomía
- Consentimiento Informado (CI)
- Voluntades Anticipadas (VVAA)
- Eutanasia
- Suicidio Médicamente Asistido (SMA)
- Límites al Principio de Autonomía

Dignidad

Del latín *dignus*: merecedor de valor personal o mérito. Sentimiento de valor propio donde el ser humano es libre, respetado, autónomo, actuando bajo valores morales y preceptos jurídicos impuestos. Cualidad del que se hace valer como persona (Torres Acosta, 2011).⁵

El concepto de dignidad fue variando históricamente. Los griegos, en tiempos de Aristóteles, lo asociaban a las virtudes; los romanos, al nivel político/social; en la Edad Media, se asocia a la semejanza con Dios y toma fuerza la noción de persona; y es recién en la Modernidad que adquiere carácter moral y absoluto. “*El ser humano tiene dignidad y no tiene precio*” (Kant, [1785] 1980). Dignidad: es propia del hombre, no tiene precio, y su contenido es la libertad.⁶

⁴ Uruguay. Ley Nº 19.286. Código de Ética Médica.

⁵ *Glosario de Bioética*. 2011, s.v. “Dignidad”. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Glosario_bioetica.pdf

⁶ Tribunal Internacional de Núremberg. 1946. Código de Núremberg. <https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/nor-nuremberg.htm>; AMM (Asociación Médica Mundial). 1964. Declaración de Helsinki. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Art. 22. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>; OACDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). 1966. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>; E.U.A. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. 1979. Informe Belmont: Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>; ONU (Organización de las Naciones Unidas). 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos.

Los derechos relativos a la dignidad de la persona fueron claramente establecidos tanto en la Declaración Universal de los DDHH como en el Código de Ética Médica, que fue aprobado por votación de la totalidad del cuerpo médico en 2014. Éste señala en su Art. 3 que “Es deber del médico, como profesional de la salud, seguir los siguientes principios y valores fundamentales: a) respetar la vida, **dignidad**, autonomía, libertad de cada ser humano y procurar como fin el beneficio de su salud física, psíquica y social [...]”.

Autonomía

Del griego: autogobernarse, capacidad de darse a sí mismo la ley. Facultad de la persona de obrar según su criterio con independencia de la opinión o deseo de otros (Torres Acosta, 2011).⁷ La autonomía personal implica la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas. Se incorpora mediante aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social.

El Derecho debe brindar garantías para que las personas puedan desarrollar su proyecto vital basal.⁸

Se debe remarcar que la autonomía no es una capacidad única y fija (todo o nada), sino que depende de la competencia (cognitiva/emocional) de cada persona para sí, los demás y el entorno.

Una decisión autónoma es la que toma un individuo que actúa intencionalmente desde los propios valores y creencias, con plena comprensión, sin coerción externa (familia, equipo de salud, aspectos culturales) ni coerción interna (depresión, escrúpulos, auto-reproches, etc.).

Todo hombre merece ser respetado en sus decisiones no perjudiciales para otros. Con referencia a los derechos de los usuarios, se abordarán aquellos donde la autonomía se ejerce activamente, siendo sus preferencias registradas y consignadas.

Consentimiento informado

Constituye un acto humano que expresa la escala de valores de quien lo realiza. Debe ser *producto de un proceso deliberativo*.

Para considerarse válido, la persona debe: ser competente, actuar voluntariamente y haber recibido la información necesaria. La toma de decisiones es producto de interacciones sociales complejas y dinámicas. En casos de urgencia extrema, se prescindirá de este documento.⁹

⁷ *Glosario de Bioética*. 2011, s.v. “Autonomía”. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Glosario_bioetica.pdf

⁸ Uruguay. Ley N° 9.202. Ley Orgánica de Salud Pública, 12 de enero de 1934. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934>

⁹ Uruguay. Ley N° 18.335. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, 15 de agosto 2008. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>; Uruguay. Ley N° 19.529. Salud Mental, 24 de agosto de 2017. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Consentimiento informado en situaciones particulares (incapaces, menores de edad):

En estos casos, podemos hablar de incapacidades específicas y no globales. Diversas son las situaciones a considerar.¹⁰ La evaluación de capacidad es realizada por el médico tratante (no es imprescindible informe de psiquiatra en principio). Se busca preservar la dignidad y libertad de las personas siempre. En los casos de competencias disminuidas, las personas necesitarán ser representadas para gestionar ciertos aspectos de su vida. El CI es un Derecho cuyo ejercicio será indirecto mediante los subrogantes que correspondiere. Una breve mención concerniente a las decisiones de sustitución: cuando la persona no puede, deben actuar padres, tutores, etc.¹¹

Consentimiento informado en pediatría:

Los niños y adolescentes son sujetos de derechos y portadores de un interés superior (Berro Rovira, 2001).

Voluntades Anticipadas

La Ley 18.473¹² del 3 de abril de 2009, en su Artículo primero, manifiesta que “Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros [...]”. Esta Voluntad será respetada por clínicos y familiares (Astete, 2018). Debemos estar atentos pues, con frecuencia, nos enfrentamos a casos “especiales” que ponen en evidencia lo complejo del ser humano y sus vínculos.

¿Qué es establecer la Voluntad Anticipada?

Éticamente se fundamenta en el respeto por la autonomía y la dignidad. Es el Derecho de toda persona de hacer respetar su voluntad y sus preferencias respecto a la atención de su salud en la última etapa de su vida o si no estuviese en condiciones de entender y/o expresarse.

Implica:

1. La posibilidad de establecer anticipadamente su voluntad frente a situaciones concretas en la última etapa de su vida.

¹⁰ Uruguay. Ley N° 17.330. Aprobación de acuerdo internacional - personas con discapacidad, 9 de mayo de 2001. <http://impo.com.uy/bases/leyes/17330-2001/1>; Uruguay. Ley N° 17.796. Declaración de los Derechos del Adulto Mayor, 9 de agosto de 2004. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17796-2004>; Uruguay. Ley N° 18.222. Obligación del BPS a realizar retenciones de pasividades, 20 de diciembre de 2007. [https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18222-2007/1#:~:text=el%20banco%20de%20previsi%3b3n%20social,24%20de%20diciembre%20de%201998\)%2c](https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18222-2007/1#:~:text=el%20banco%20de%20previsi%3b3n%20social,24%20de%20diciembre%20de%201998)%2c)

¹¹ Uruguay. Ley N° 17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia, 7 de setiembre de 2004. Art. 1. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>; UNICEF. 1989. Convención sobre los Derechos del Niño. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelDerechosdelNino_0.pdf

¹² Uruguay. Ley N° 18.473. Regulación de Voluntad Anticipada en Tratamientos y Procedimientos Médicos que Prolonguen la Vida en Casos Terminales, 3 de abril de 2009. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18473-2009>

2. Anticipar cuidados según “sus propios valores”, por lo cual prolonga la autonomía del paciente, pudiendo decidir aun cuando no esté en condiciones de hacerlo.
3. Explicitar sus deseos antes de estar en situaciones difíciles. Puede incluir: aceptar o rechazar tratamiento, o la programación de la limitación del esfuerzo terapéutico.
4. Designar representante, determinar lugar donde morir, solicitar o no asistencia religiosa, etc.

¿Voluntad Anticipada es igual a Eutanasia?

No. La legislación vigente y el Código de Ética Médica en su Art. 46 expresamente prohíben la eutanasia en nuestro país. Según el Art. 48, es la enfermedad y *no* la actuación del profesional lo que produce el fin de la vida.¹³

Si no hay subrogante ni Voluntad Anticipada registrada, se debe buscar el mayor bien posible para el paciente.

Determinar la Voluntad Anticipada, ¿no responde acaso también a un acto de amor, al liberar a los seres queridos de tomar decisiones en momentos tan difíciles?

Eutanasia

Significaría una muerte por piedad, que ante todo no es legal ni ética. El objetivo es provocar la muerte a pedido del paciente en determinadas condiciones dramáticas. Hay quienes lo calificarían como homicidio piadoso, pero... homicidio al fin (Torres Acosta, 2011).¹⁴

En vez de considerar el Derecho a Morir como expresión máxima de la autonomía de la persona, lo éticamente aceptado es Permitir Morir, aliviando los padecimientos, brindando apoyo, comprensión, esperanza, estimulando el acercamiento con familiares, e incluso tratando temas pendientes relacionados a las finanzas.

El sufrimiento moral, la desesperanza en esta situación, suele relacionarse con situaciones no resueltas del pasado, afectos sin expresarse, vínculos ambivalentes, así como con la sensación de no haber vivido plenamente.

No resulta tarea fácil para el psiquiatra y/o psicólogo intervenir a fin de superar estos aspectos, pues intervienen características emocionales propias, fortalezas/debilidades, lazos familiares ambivalentes, así como el tipo de vínculo establecido con el equipo de salud.

Es importante detectar elementos depresivos patológicos a tratar, u otros conflictos intra-psíquicos que puedan incidir negativamente. Trabajar aunque someramente estos aspectos, puede alejar las

¹³ Uruguay. Ley Nº 19.286. Código de Ética Médica.

¹⁴ *Glosario de Bioética*. 2011, s.v. “Eutanasia”. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Glosario_bioetica.pdf

ideas de muerte como opción que brinda liberación al sufriente. Se debe abordar este momento particular buscando esperanza activa, favoreciendo situaciones que brinden cierta paz, y creando espacios para perdonar y perdonarse.

La toma de decisiones constituye una interacción social compleja y dinámica, de allí la importancia de integrar profesionales de Salud Mental al equipo asistencial.

Suicidio Asistido o Suicidio Médicamente Asistido (SA o SMA)

Ocurre cuando el médico facilita, en forma intencional, conociendo el propósito de la solicitud de la persona de suicidarse, los medios o el asesoramiento necesario -sobre sustancias letales, dosis, etc.-, para concretar su deseo. Es el paciente el que voluntariamente y en el momento que considera oportuno termina con su vida. Si bien la decisión es del paciente, el médico es quien suministra los medios y/o conocimientos necesarios para llevar a cabo su voluntad. El Suicidio Asistido se transforma en eutanasia cuando un tercero y no el propio paciente es quien administra la dosis letal. Esta muerte podría ser el primer paso hacia la legalización de la Eutanasia (Torres Acosta, 2011).¹⁵

Límites Legales al Principio de Autonomía

La Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública¹⁶ claramente antepone la seguridad de la población frente al interés individual.

El SINA¹⁷, por su parte, también subordina lo individual a lo colectivo en casos de emergencia.

Recordemos el imperativo categórico universal y aplicable en todos los casos sin excepciones: la persona es un fin y nunca exclusivamente un medio.

El objetivo de la ética es tomar decisiones moralmente correctas. Diego Gracia nos enseñó que, una vez analizados los hechos y valores en juego, es el mandato moral el que rige lo que debe o no hacerse (Gracia, 2020).

La obligación moral consiste siempre en elegir la conducta que promueva o lesione menos a los principios en conflicto (Beauchamps y Childress, 2001). El dilema ético en el tema que nos ocupa es entre la Autonomía por sobre otros valores, incluyendo el valor de la Vida. La voluntad del paciente representa el último vestigio de su autonomía, pero debe ser respetada dentro de ciertos límites.

¹⁵ *Glosario de Bioética*. 2011, s.v. "Suicidio Asistido". http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Glosario_bioetica.pdf

¹⁶ Uruguay. Ley N° 9.202. Ley Orgánica de Salud Pública.

¹⁷ Uruguay. Ley 18.621. Creación del Sistema Nacional de Emergencias Público y Permanente. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18621-2009/7>

Si bien las Voluntades Anticipadas prolongan la Autonomía del paciente, las decisiones clínicas siempre deben ser ético-clínicas. No hay otra opción.

La función del médico a lo largo de la historia ha sido dar asistencia y consuelo. El ser humano deberá tener presente que toda acción que realice se proyecta en el futuro, teniendo consecuencias para sí mismo y los otros. Curar al curable y cuidar al incurable será nuestra consigna.

Obviamente, no figura entre los Fines de la Medicina de Callahan el acabar con la vida del paciente bajo ningún concepto (Callahan, 1996).

La muerte es una realidad difícil de afrontar por parte no sólo del que sufre, sino también de su familia e incluso del equipo de salud.

Reflexionar y tomar decisiones frente a un paciente que sufre en extremo, constituye un enorme desafío. Cuando no responde a tratamientos curativos se deben atender especialmente dimensiones más profundas como la espiritual.

En la práctica clínica, frecuentemente sentimientos ambivalentes respecto a morir/vivir requieren especial atención y apoyo de Salud Mental para el trinomio paciente-familia-equipo tratante. Las dudas del paciente suelen minimizarse al recibir comprensión y cuidados personalizados.

Desde el punto de vista filosófico, la eutanasia representa una forma de terminar con el dolor físico y moral que resulta insoportable.

Para el equipo de salud, constituye un acto médico (ej. inyectar drogas letales) que no intenta tratar ni aliviar el dolor del paciente sino acabar con su vida. Eve Garrand pone énfasis en que nunca es éticamente aceptable realizar acciones directas o indirectas con la intención de producir la muerte (Garrand y Wilkinson, 2005).

Afortunadamente son pocos los países en el mundo que han legalizado la Eutanasia y el Suicidio Asistido, por lo cual no hay demasiadas evidencias sobre estos cambios legales y sus consecuencias socioculturales. Tampoco hay demasiada evidencia de las alteraciones psíquicas que podrían darse en los profesionales de la salud. Por una parte, tendrían que afrontar cierta herida narcisista de no haber podido ofrecer a sus pacientes un tratamiento exitoso, y además la de haberles producido la muerte.

En países emergentes, legalizar la Eutanasia implicaría no tomar en consideración la atención integral de la salud. Antes de pensar en descartar una vida, por dolorosa que sea, se debe garantizar un sistema de salud que llegue incluso a la población más vulnerable, con estándares similares a los de países del primer mundo (Kottow, 1995). Entre otros programas a desarrollar, la implementación y la universalización de los Cuidados Paliativos resultan imprescindibles.

La solicitud de Eutanasia o Suicidio Médicamente Asistido debería interpretarse como el reclamo de una persona a que otro (en última instancia: la sociedad toda) sea responsable de su autodestrucción.

Legalizar la Eutanasia o el Suicidio Médicamente Asistido en nuestro país, sería una forma práctica y económica de evitar cuidados al final de la vida, acortando los plazos vitales: “el temido atajo” (cruel pero posible). ¿Formaría parte de las retribuciones profesionales el realizar estos procedimientos? ¿Qué familiar asumiría el costo del ticket moderador?

Debería prestarse especial atención a la potencial apertura de criterios clínicos y sociales, que progresivamente avanzarían “compasivamente”, incluyendo en su camino a otros grupos de la sociedad tales como las personas desprotegidas. Puede naturalizarse el eliminar a pacientes psiquiátricos (por ejemplo: depresivos, sicóticos, etc.), a personas con procesos demenciales e incluso a recién nacidos con malformaciones. Esta “pendiente resbaladiza” de hecho se viene ampliando en países que legalizaron la eutanasia.

Quienes proponen legalizar la Eutanasia se basan en la solicitud del paciente y, por tanto, en su Autonomía, la cual en momentos tan críticos suele estar disminuida por la situación que lo aqueja. Son tantos los sentimientos y torbellinos presentes al final de la vida, que se necesita apoyo especializado para transitarlos y permitirse morir en paz.

¿Puede una persona en su momento más penoso, padeciendo sufrimiento sin esperanzas de recuperación, tomar decisiones válidas (libres de angustia, congoja, culpas por el desgaste de los seres queridos, merma en las finanzas familiares)? O, lo que es peor aún, ¿puede uno aferrarse libremente a la vida en condiciones de abandono por parte de sus afectos, habiéndose producido de hecho cierta eutanasia social?

En estos difíciles momentos, ser atendido por profesionales técnicamente formados para asistirlos, percibir apoyo también espiritual y comprensión comprometida, mejora el dolor moral de los pacientes y les posibilita transitar en forma adecuada su destino (Radbruch et al. 2015).

A mis colegas:

Más allá de lo que pueda suceder en el futuro sobre este inquietante tema, me permito recordarles que el Juramento Hipocrático y el Derecho a ampararnos en nuestra íntima Objeción de Conciencia están siempre vigentes.

Bibliografía

Astete, Carmen P. 2018. “Las voluntades anticipadas: Teoría y Práctica”. Taller en el *VIII Seminario de Bioética*, Santiago de Chile, 30 de julio.

Beauchamps, Tom L. y James F. Childress. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Berro Rovira, Guido. 2001. “El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales”. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 72, 1: 45-49.

- Callahan, Daniel. 1996. *Los fines de la medicina*. Nueva York: The Hasting Center Report.
- Garrard, Eve y Stephen Wilkinson. 2005. "Passive euthanasia". *Journal of Medical Ethics*. 31, 2: 65–68. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jme.2003.005777>
- Gracia, Diego. 2020. "Bioética mínima". Abante Asesores. Video, 82m, 39s. Acceso el 22 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=KvIUjuv_5fA
- Kant, Immanuel. 1980. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Riga: J. F. Hartknoch. Rempresión, Madrid: Espasa-Calpe.
- Kottow, Miguel. 1995. *Introducción a la Bioética*. Chile: Editorial Universitaria.
- Ortega y Gasset, José. 2015. *El hombre y la gente*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Radbruch, Lukas, Carlo Leget, Patrick Bahr, Christof Müller-Busch, John Ellershaw, Franco de Conno y Paul Vanden Berghe. 2015. "Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A White Paper from the European Association for Palliative Care". *Palliative Medicine*. 30, 2: 104–16. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Torres Acosta, Rafael. 2011. *Glosario de Bioética*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Acceso el 28 de marzo de 2021. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Glosario_bioetica.pdf

Marco Legal

Nota: La normativa citada se presenta ordenada de acuerdo a su aparición en el texto y con la misma numeración que figura en Notas al pie. En los casos donde se reiteran, figura la primera vez en que se menciona junto con los números de las siguientes citas.

- (2) UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). 2005. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Acceso el 23 de marzo de 2021. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- (3,4,13) Uruguay. Ley Nº 19.286. Código de Ética Médica, 25 de setiembre de 2014. Acceso el 24 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19286-2014/20>
- (6) Tribunal Internacional de Nüremberg. 1946. Código de Nüremberg. Acceso el 23 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/nor-nuremberg.htm>
- (6) AMM (Asociación Médica Mundial). 1964. Declaración de Helsinki. Principios Éticos para las

- Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Art. 22. Acceso el 28 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- (6) OACDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). 1966. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Acceso el 22 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
- (6) E.U.A. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. 1979. Informe Belmont: Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. Acceso el 25 de marzo de 2021. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- (6) ONU (Organización de las Naciones Unidas). 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos. Acceso el 28 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- (8, 16) Uruguay. Ley N° 9.202. Ley Orgánica de Salud Pública, 12 de enero de 1934. Acceso el 21 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934>
- (9) Uruguay. Ley N° 18.335. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, 15 de agosto 2008. Acceso el 17 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- (9) Uruguay. Ley N° 19.529. Salud Mental, 24 de agosto de 2017. Acceso el 17 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- (10) Uruguay. Ley N° 17.330. Aprobación de acuerdo internacional - personas con discapacidad, 9 de mayo de 2001. Acceso el 20 de marzo de 2021. Disponible en: <http://impo.com.uy/bases/leyes/17330-2001/1>
- (10) Uruguay. Ley N° 17.796. Declaración de los Derechos del Adulto Mayor, 9 de agosto de 2004. Acceso el 20 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17796-2004>
- (10) Uruguay. Ley N° 18.222. Obligación del BPS a realizar retenciones de pasividades, 20 de diciembre de 2007. Acceso el 28 de marzo de 2021. Disponible en: [https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18222-2007/1#:~:text=el%20banco%20de%20previsi%3%b3n%20social,24%20de%20diciembre%20de%201998\)%](https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18222-2007/1#:~:text=el%20banco%20de%20previsi%3%b3n%20social,24%20de%20diciembre%20de%201998)%)
- (11) Uruguay. Ley N° 17.823. Código de la Niñez y la Adolescencia, 7 de setiembre de 2004. Art. 1. Acceso el 27 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

- (11) UNICEF. 1989. Convención sobre los Derechos del Niño. Acceso el 19 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino_0.pdf
- (12) Uruguay. Ley N° 18.473. Regulación de Voluntad Anticipada en Tratamientos y Procedimientos Médicos que Prolonguen la Vida en Casos Terminales, 3 de abril de 2009. Acceso el 22 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18473-2009>
- (17) Uruguay. Ley 18.621. Creación del Sistema Nacional de Emergencias Público y Permanente. Acceso el 28 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18621-2009/7>

Cuidados Paliativos ante la Eutanasia: mitos y verdades

Dra. Ana Guedes¹

Introducción

Los Cuidados Paliativos, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido se encuentran en el centro de la discusión pública en nuestro país. Esto es así desde que, a principios del 2020, fue presentado un proyecto de ley que proponía despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido en ciertos escenarios. Mientras se continúa debatiendo qué camino queremos tomar frente a esta disyuntiva, la discusión propició la elaboración de otro proyecto de ley que desde luego hacía mucha falta y que ya cuenta con media sanción parlamentaria, que garantiza el acceso y la universalización de los Cuidados Paliativos en el país.

En este contexto, ha llamado poderosamente la atención un aspecto, que es el enmascaramiento de la eutanasia con la terminología y los conceptos propios de los Cuidados Paliativos. Esto genera una extensa confusión entre pacientes, familiares, prestadores de salud y políticos. Se presenta a la eutanasia ‘disfrazada’ del lenguaje de los Cuidados Paliativos, lo cual da la impresión de que los límites son difusos o nulos, cuando esto en realidad no es así.

El objetivo de este capítulo es entonces colaborar con el discernimiento entre qué son los Cuidados Paliativos y qué es la eutanasia, y advertir sobre el mal uso de los principios de los Cuidados Paliativos que hacen los defensores de la eutanasia. Así, el lector podrá diferenciar los relatos para una toma de decisiones más informada y transparente, ya sea como usuario del sistema de salud, como familiar o como profesional vinculado con el asunto (equipos de salud, legisladores, abogados, etc.).

Primero, haré un recorrido por la definición, los objetivos y la historia de los Cuidados Paliativos. En segundo lugar, abordaré la situación de los Cuidados Paliativos en Uruguay y su respaldo normativo. En tercer lugar, explicaré la importancia medular que tienen los Cuidados Paliativos para los pacientes, las familias, el personal sanitario y el sistema de salud en general. Por último, abordaré 9 mitos que se escuchan mucho, mediante los cuales los propulsores de la eutanasia se “disfrazan” en un acto camaleónico, usando los valores de los Cuidados Paliativos para proponer fines totalmente opuestos a los mismos.

El foco de este capítulo es informar para ofrecer la posibilidad al lector de hacer un discernimiento informado de lo que escucha, para poder pensar y decidir sobre los hechos que hay del otro lado de los mitos y eufemismos.

¹ Doctora en Medicina especializada en Medicina Interna y Oncología. Diplomada en Cuidados Paliativos y en Bioética. Docente de Cuidados Paliativos en la Universidad de Montevideo. Coordinadora entre 1999 y 2018 del Servicio de Cuidados Paliativos de Casmú IAM-PP. Correspondencia: guedesana67@gmail.com

Definición: qué son los Cuidados Paliativos

Son definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un “...enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Son considerados un **Derecho Humano**, comprendido dentro del derecho a la salud, reconocido por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud desde 1990. El **Comité de Derechos Económicos y Culturales de Naciones Unidas** señala la importancia de “la atención y el apoyo de personas con enfermedades crónicas o terminales; para evitar que sufran dolor y permitir que mueran con dignidad”. La **Declaración Universal de Derechos Humanos** señala además en su artículo 5 que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

En este contexto, los Cuidados Paliativos constituyen un paradigma de la sociedad para resolver el problema de la muerte digna (Taboada, 2020).

¿Cuál es el objetivo de los Cuidados Paliativos?

Su objetivo es **lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia y considera el morir como un proceso normal y natural**. No intentan adelantar ni retrasar la muerte, sino que afirman la vida y constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para la persona enferma y su familia, integrando los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.

¿Quiénes fueron sus pioneros y por qué los impulsaron?

Madame Cicely Saunders:

Filósofa, enfermera y trabajadora social, fue la pionera de los Cuidados Paliativos como los conocemos hoy en día. Identificó las carencias que existían en cuanto al abordaje del sufrimiento de los enfermos terminales, y fundó en Gran Bretaña el Movimiento “Hospice” en 1960, que implicó un cambio de paradigma en el abordaje de los cuidados al final de la vida. El movimiento iniciado en Londres por Saunders se ha ido expandiendo por el mundo en las últimas décadas (Vidal y Torres, 2006).

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. (Obituary, 2005, 283-284)

Saunders defendía que todos debíamos morir con dignidad. Rechazaba la eutanasia y sostenía que todos teníamos el derecho a vivir la muerte como una experiencia positiva (Vidal y Torres, 2006).

El movimiento moderno pro eutanasia voluntaria, organizado ahora de diferentes formas alrededor del mundo, pretende poner a disposición del que lo elija un acortamiento legalizado del tiempo disponible. Aunque se puede entender ese deseo cuando no hay disponibilidad de buenos cuidados y las prioridades diferentes hacen que parezca un sueño lejano, hay objeciones fundamentales a esa solución. La existencia de una opción legal para proporcionar un atajo hacia la muerte implica concederle poco valor a la persona que se está muriendo y al proceso que dicha persona está realizando. Los que acompañan a individuos en esa situación confirmarán lo mucho que perdería la persona que se está muriendo y su familia si este tiempo se acortara. Los siquiátras nos dicen que el suicidio conlleva el más devastador de los duelos dejando sentimientos intolerables de rechazo y culpa en los que quedan. **Pero aquellos que creen en un derecho legal a poner fin a la vida minarían la paz del espíritu y la ausencia de miedo de muchas personas vulnerables.** (Saunders, 2011, 46)

Dr. Marcos Gómez Sancho:

Procedente de España, es un médico especialista y referente mundial en Cuidados Paliativos (Máster en Cuidados Paliativos y Tratamiento de Soporte del Enfermo Neoplásico), además de fundador y director de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital El Sabinal de Las Palmas.

Ha escrito numerosos libros y ha dictado conferencias en múltiples países -entre ellos Uruguay-, donde dio un impulso muy favorable a los Cuidados Paliativos. Uno de sus libros más influyentes es *Medicina Paliativa en la cultura latina* (1999). Se destacan sus enseñanzas en relación a la eutanasia y a morir con dignidad.

Cuando un enfermo manifiesta deseo y voluntad de que lo maten no es morir lo que primariamente busca, sino acabar con una serie de condiciones, dolor, soledad, incapacidad propia, ser molestia y estorbo para los demás, miedos interiores, debilidad, depresiones normales, agotamiento, que le hacen la vida demasiado dura e imposible. ¿No sería más humano aliviar estos síntomas que acceder de inmediato a lo que en otras condiciones él mismo rechazaría? Esta petición manifiesta fundamentalmente una demanda implícita para otro tipo de ayuda que está necesitando, o surge en un estado psicológico y afectivo demasiado condicionado por su actual situación. La respuesta mejor no consiste en darle gusto, cogerle la palabra, sino en ofrecerle aquellos medios sanitarios, psicológicos y afectivos que le hagan llevadera y soportable su vida a pesar de las condiciones degradadas en que se encuentre. (Gómez Sancho, 1999, p. 1193)

En otro de sus libros (*Morir con dignidad*), comparte también que:

En opinión de García Sabell, morir con dignidad significa, sencillamente, irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, intubado, inyectado, perfundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos(...). (Gómez Sancho, 2005, 70)

Y define, en el mismo libro, “las condiciones esenciales del morir con dignidad” según D. J. Roy:

- Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica

- Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo
- Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser vivir *su hora más hermosa*
- Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores
- Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil *ars moriendi*
- Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega
- Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto quedan sin respuesta
- Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida (Gómez Sancho, 2005, 73)

Elisabeth Kübler-Ross:

Nacida en Suiza en 1926, fue la primera psiquiatra que describió las fases de la muerte. Las mismas se convirtieron en un clásico de la psiquiatría, y volvieron a Kübler-Ross una referente muy querida y respetada en este tema. Las fases que describió son:

- *pánico;*
- *negación;*
- *depresión, indignación y rabia;*
- *pacto (regateo con Dios);*
- *y aceptación.* (Kübler-Ross, 1969, caps. 3-7)

Posteriormente, se adentró en el mundo de la tanatología, siendo una de las impulsoras de la disciplina. Así, modificó la postura de la medicina de su época frente a la muerte. Muchos de sus colegas evadían el tema o informaban solo parcialmente a sus pacientes moribundos, mientras los dejaban morir en soledad, alejados de los puestos de enfermería. Kübler-Ross cambió este paradigma, llevando amor y compasión al costado de la cama de sus pacientes, dedicándoles su tiempo y escuchando sus vivencias al final de la vida (Kübler-Ross, 1969).

Xavier Gómez Batiste:

Es experto en Cuidados Paliativos, referente mundial y representante de dicha disciplina para la OMS. Impulsó la evolución de la definición de **pacientes pasibles de Cuidados Paliativos**. Ideó la transición conceptual que permitió extender los Cuidados Paliativos no solo a los pacientes **terminales** (según SECPAL) sino además a los pacientes **crónicos avanzados**, para ofrecer los beneficios de la disciplina desde las primeras etapas de la pérdida de respuesta a los recursos terapéuticos específicos. Diseñó el modelo catalán de atención paliativa multidisciplinar, que es replicado hoy alrededor de todo el mundo².

En una sociedad tan golpeada por las enfermedades crónicas como es la nuestra en la actualidad, el marco conceptual desarrollado por el Dr. Gómez Batiste ha sido de mucha ayuda para el abordaje terapéutico desde los Cuidados Paliativos.

² Se puede leer una interesante entrevista al Dr. Gómez Batiste en el siguiente enlace: <https://opcions.org/es/entrevistas/xavier-gomez-batiste-aprender-a-morirnos/>

Robert Twycross:

Alumno directo de Cicely Saunders, desarrolló su carrera en el Reino Unido y tuvo un importante papel como referente y docente de los paliativistas pioneros de Argentina. Formó directamente a los doctores Gustavo de Simone, Hugo Fornells, Eduardo Bruera y muchos otros, que han difundido sus enseñanzas en Latinoamérica durante los últimos 20 años y han visitado nuestro país, colaborando con nuestra formación.

Twycross estudió Medicina en la Universidad de Oxford en 1965 y comenzó a trabajar con Saunders en 1971, como investigador clínico en *St. Christopher's Hospice*. Su trabajo se centró en el estudio del tratamiento del dolor en pacientes oncológicos. Gracias a sus aportes, se adoptaron protocolos más eficaces, que le valieron su reconocimiento y sus numerosos honores en el ámbito académico y asistencial.

En cuanto a su posición sobre la eutanasia, Twycross es claro:

La oposición casi unánime de (...) paliativistas al suicidio médicamente asistido y a la eutanasia, nace de la observación de la realidad de innumerables pacientes moribundos. En vez de atenuar las actitudes hacia esas opciones, esta observación parece endurecer el antagonismo. Las razones para ello son muchas e incluyen tanto la vulnerabilidad y ambivalencia de los pacientes, como el hecho de que la mayoría de los pacientes que solicitan suicidio asistido o eutanasia cambian de opinión cuando se les proveen cuidados paliativos de buena calidad. Otra razón es la aparente imposibilidad de contener esta práctica dentro de ciertos límites si llegara a legalizarse.

El término “eutanasia indirecta” ha sido usado para describir la administración de morfina a pacientes cancerosos con dolor. Esto es incorrecto; dar una droga para disminuir el dolor no puede ser equiparado a dar deliberadamente una sobredosis de ella para terminar con una vida. Acortar marginalmente la vida por el uso de morfina o drogas relacionadas constituye un riesgo aceptable en estas circunstancias (principio del doble efecto). Sin embargo, cuando son usadas correctamente estas drogas son mucho más seguras de lo que comúnmente se supone. Por otro lado, existe evidencia circunstancial de que aquellos pacientes cuyo dolor ha sido aliviado viven más que aquellos cuya nutrición y reposo siguen siendo interferidos por un dolor persistente. (Twycross, 2000, 38)

Todos los referentes que han sido nombrados han colaborado con la creación de los pilares conceptuales de la Medicina Paliativa. Dichos pilares se han continuado desarrollando a través de la actuación directa de los profesionales, de la creación de normas, pautas y consensos, y del trabajo conjunto de profesionales alrededor de todo el mundo, nucleados en asociaciones académicas y asistenciales locales, regionales y globales (como la *International Association for Hospice & Palliative Care*, la *European Association of Palliative Care*, la SECPAL -Sociedad Española de Cuidados Paliativos- y la ALCP -Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos-).

El cuerpo propio de conocimiento de los Cuidados Paliativos y su naturaleza parecen ser ignorados por los profesionales que, desde afuera de la especialidad, aseguran falsedades desde el desconocimiento (como ningún paliativista se atrevería a hacer sobre un asunto de neurología, psiquiatría,

infectología o medicina intensiva). Estos dichos erróneos que se apoyan en deducciones, creencias y mitos, terminan confundiendo a la opinión pública y entorpeciendo la reflexión. Invito a que quienes deseen emitir opiniones sobre la especialidad dediquen un tiempo a estudiarla antes en profundidad, actuando con la responsabilidad y honestidad intelectual propia de un médico que busca el bien común.

Desarrollo y normativa de los Cuidados Paliativos en Uruguay

En nuestro país, el primer paso en Cuidados Paliativos lo dio la Asociación Española, **entre 1980 y 1990**, con la implementación del Hospice que llevó el nombre de Cicely Saunders, en donde se asistía a los enfermos terminales oncológicos y no oncológicos hasta su fallecimiento. Luego, transitó hacia el modelo de atención paliativa hospitalaria, domiciliaria y en policlínica.

En **1994**, siguió esta tendencia la Cátedra de Oncología del Hospital de Clínicas, que formó un equipo voluntario de estudio y formación en la disciplina, liderado por el Profesor Roberto Levin (internista y oncólogo), acompañado de los oncólogos Dr. Eduardo García y Dr. Edgardo Gonzales, y de trabajadores sociales y personal de enfermería.

En **1997**, el CASMU inició su atención en Cuidados Paliativos, mediante el Departamento de Oncología a cargo del Prof. Ignacio Muse, con un Proyecto Piloto dirigido a enfermos terminales oncológicos *en domicilio*. En **1999**, la Junta Directiva valida el modelo asistencial para dar respuesta al alto número de enfermos oncológicos terminales. En el mismo año, se realiza el primer concurso, del que surge el equipo asistencial con quien escribe (Dra. Ana Guedes) en la coordinación. En **2008**, se implementa por primera vez en el país la atención al enfermo terminal *no oncológico* (hoy llamado crónico avanzado). En **2014** se implementan los Cuidados Paliativos *hospitalarios*. En **2015**, se inicia la atención en *policlínica*.

En **2004**, en el Hospital Maciel, se implementa a nivel público la atención en Cuidados Paliativos domiciliarios, a cargo de la Dra. Gabriela Píriz, que luego desarrolla los programas de atención en los ámbitos de policlínica y medio hospitalario.

Entre **2006** y **2019**, se desarrolló un profuso cuerpo legislativo y normativo con el objetivo de promover los Cuidados Paliativos (que condena además explícitamente la eutanasia):

- **Ley 18211** de “Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud” (**2007**):
 - **Capítulo 1** (“disposiciones generales”):
 - **Artículo 4:**
 - **Inciso B:** “Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos”.

- **Ley 18.335** de “Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud” (2008):
 - **Capítulo III** (“de los derechos”):
 - **Artículo 6:** “Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública”.
 - **Artículo 7:** “Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones”.
 - **Capítulo IV** (“de los derechos relativos a la dignidad de la persona”):
 - **Artículo 17:** “Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, (...)”:
 - **Inciso D:** “Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica)...”.
- El **Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud** (Anexo II) del **2008**, en el Capítulo 1 referido a las Modalidades de Atención Médica, especifica que los Cuidados Paliativos “podrán ser brindados en internación sanatoria, en internación domiciliaria o en atención ambulatoria en domicilio”.
- **Ley N°18473** de “Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales” (2009):
 - **Artículo 1:** “Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros. Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible. Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aún cuando la persona se encuentre luego en estado de incapacidad legal o natural. No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren”.
- En el **Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2013)**, se propone que los Cuidados Paliativos se incluyan como prestación obligatoria en el Plan Integral de Asistencia en Salud.
- Además, los cuidados paliativos y sus principios cuentan con el respaldo del **Ministerio de Salud Pública**, que, a través del **Plan Nacional de Cuidados Paliativos**, especifica las pautas de la atención en las **Guías de Buenas Prácticas para su Implementación (2013)**.

- **Ley Nº 19.286** de “Aprobación del Código de Ética Médica” (2014):
 - **Artículo 46:** *“La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión”.*
 - **Artículo 48:** *“En enfermos terminales, es obligación del médico continuar con la asistencia del paciente con la misma responsabilidad y dedicación, siendo el objetivo de su acción médica, aliviar el sufrimiento físico y moral del paciente, ayudándolo a morir dignamente acorde con sus propios valores”³.*

La elaboración y aprobación de esta normativa llevó a un importante avance en la cobertura asistencial nacional. Sin embargo, no se hizo lo suficiente para controlar su cumplimiento y aplicación. **Pese a las buenas intenciones de la normativa, los Cuidados Paliativos no son universales en Uruguay, no respetándose la equidad y accesibilidad en todo el territorio nacional.**

Con el objetivo de garantizar el cumplimiento de las normas vigentes y la accesibilidad universal a los Cuidados Paliativos de calidad, en **2021** recibió media sanción en la Cámara de Representantes un **proyecto de ley de Cuidados Paliativos**⁴, que aguarda su eventual aprobación por la Cámara de Senadores. Dicho proyecto de ley declara el *“derecho universal a recibir atención de cuidados paliativos a todas las personas que padecen enfermedades graves, progresivas y avanzadas, con escasa o nula respuesta a tratamientos específicos (...)”*. Se propone, además, asegurar y controlar las siguientes prestaciones a través de dicha ley:

- **Integralidad:** Que reciban atención todos los problemas de salud: físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y que los prestadores cuenten con todos los profesionales que necesitan (médico, enfermero, psicólogo y trabajador social).
- **Continuidad:** Que la asistencia paliativa brindada esté disponible los 365 días del año, las 24 horas del día, allí donde están los enfermos. Para ello es necesario combatir el déficit de recursos. Un ejemplo de este déficit es la ausencia de guardia de retén en muchos prestadores por las noches, los fines de semana o los feriados. Este déficit impacta directamente sobre los pacientes, que terminan siendo atendidos por emergencias móviles que en ocasiones no cuentan con profesionales a quienes consultar, y procuran la estabilización de los síntomas sin la óptima aplicación de pautas y protocolos vigentes. Esto lleva, por ejemplo, a sedaciones paliativas que no siguen el proceso pautado por la especialidad, y a malos resultados de control de síntomas físicos y emocionales en paciente y familia.
- **Regulación laboral:** Pese al prestigio de Uruguay en el marco del derecho laboral, hay aún camino por recorrer en el ámbito de los Cuidados Paliativos, que se espera que la ley ayude a mejorar. Por el momento, no se ha incorporado en las normas laborales la modalidad de cobertura específica de los servicios de la disciplina, sus cargas horarias y su remuneración correspondiente. Esto determina una alta fluctuación del personal e inestabilidad en los equipos. Solo el 27 % de los profesionales desarrollan carga completa para

³ El artículo 48 debe interpretarse en coherencia con el espíritu del artículo 46 (de respeto a la vida) y con los principios de bioética que sostienen toda la normativa del Código de Ética Médica, que indican que es una falta ética grave anticipar la muerte.

⁴ Declaro haber participado de la redacción de dicho proyecto de ley.

Cuidados Paliativos. **El 73 % restante dedican horas de su tiempo en forma no remunerada, para lograr la atención adecuada a los pacientes y sus familiares (MSP, 2019).**

- **Inclusión de la familia:** Que se haga orientación a la familia en los cuidados básicos del paciente, y que se desarrolle una normativa que contemple el derecho de los cuidadores a regímenes de licencia especial. Además, que se ofrezca a las familias atención y seguimiento del duelo complicado, que genera enfermedad en los 2 años siguientes a la muerte del ser querido.
- **Calidad:** Que se brinde formación básica y especializada para los profesionales del rubro, y que se controle la aplicación por parte de los prestadores de protocolos y guías de práctica clínica consensuados.
- **Derivación:** Que se controle la oportunidad de la derivación o consulta temprana a Cuidados Paliativos, no esperando a etapas finales de la enfermedad; y que los prestadores incorporen la transición conceptual actual de la disciplina que pasa de atención del enfermo terminal a atención a la enfermedad crónica avanzada, desde el momento en que ya no hay respuesta a los recursos terapéuticos específicos.
- **Interdisciplina:** La ley busca promover y controlar la correcta implementación de equipos de trabajo interdisciplinario, desde etapas tempranas de la atención paliativa.
- **Modelos de atención:** El proyecto de ley busca promover el desarrollo de modelos de atención compartida con el primer nivel de atención, para resolver el problema de la demanda versus los recursos. Hay modelos exitosos en lo público y en lo privado (Guedes et al., 2016). Los resultados muestran que, en la atención de 4.020 pacientes, el trabajo en equipo en la comunidad permitió el 70 % de los fallecimientos en el hogar, en su comunidad, con atención de su médico y enfermero de referencia, y un vademécum básico de medicamentos para el dolor y control de síntomas sin costo adicional, lo que permite optimizar los recursos disponibles para cumplir con la accesibilidad a la atención paliativa como derecho humano.
- **Educación:** La ley busca promover que se trabaje en forma urgente en la educación de todos los profesionales de la salud, garantizando que cada institución ofrezca educación básica sobre el alivio del dolor para todos sus profesionales. La gravedad del problema está en parte explicada por la falta de conocimiento y por los mitos sobre el tratamiento del dolor en los equipos sanitarios. **El consumo de analgésicos opioides (y en especial el de Morfina) por paciente fallecido por cáncer es considerado por la OMS un indicador de acceso a los Cuidados Paliativos.** Si bien nuestras cifras vienen mejorando, estamos aún muy por debajo de los niveles que sugieren un buen control del dolor. Los mitos y el desconocimiento en los equipos sanitarios atentan contra un correcto tratamiento del dolor en el paciente oncológico terminal, con el consiguiente riesgo de sufrimiento, que es causa muy frecuente del deseo de adelantar la muerte. Este problema se reporta también a nivel internacional y es primordial abordarlo para alcanzar los objetivos asistenciales.

Importancia de los Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos nacieron respondiendo a una verdadera necesidad, que fue el manejo de los síntomas que acompañan a muchos pacientes en el tránsito por el final de la vida o por enfermedades crónicas avanzadas. En un mundo en el que la medicina se ha dividido en decenas de especialidades para un manejo competente de las distintas dolencias de los pacientes, los Cuidados Paliativos nuclea un cuerpo de conocimiento que es ajeno al médico general y a especialistas de otras disciplinas. Dichos profesionales podrían manejar el control de síntomas en algunos escenarios, pero no los aspectos más complejos sobre pronóstico, posibilidades de respuesta a tratamientos específicos, atención de síntomas difíciles de controlar y decisiones bioéticas de fin de vida (sedación, limitación del esfuerzo terapéutico, planificación de decisiones anticipadas).

Se presentan a continuación algunos datos que evidencian la necesidad de que los síntomas asociados al final de la vida o a enfermedades crónicas avanzadas sean atendidos por equipos capacitados en Cuidados Paliativos, para lograr un manejo competente y el alivio del sufrimiento de los pacientes.

- El dolor se presenta en alrededor del 50 % de los pacientes con cáncer, y en aprox. 75 % de los que se encuentran cursando la etapa terminal de la enfermedad. En un 80 a 95 % es potencialmente controlable con medicación vía oral. Sin embargo, según diversos datos, en 50 a 80 % de los casos se trata de forma inadecuada (Gómez Sancho, 2003; Trelis y Navarro, 2001).
- En nuestro medio, se destaca una encuesta realizada a Residentes por el grupo del Hospital Maciel liderado por la Dra. Píriz (2004), acerca de las pautas de la OMS para el manejo del dolor. Los resultados más relevantes (y preocupantes) fueron:
 - o Un 73 % desconocía la escalera analgésica de la OMS.
 - o Un 63 % no indica morfina habitualmente (base absoluta del correcto manejo del dolor).
 - o Un 63 % desconoce la ausencia de “techo” de la dosis de morfina.
- Esto pone en evidencia que los mitos sobre la morfina no solamente se presentan en los pacientes y familiares, sino también en el equipo sanitario, lo que atenta contra un correcto tratamiento del dolor, con el consiguiente riesgo de sufrimiento.
- El mal manejo del dolor tiene consecuencias dramáticas.
 - o *A nivel de los pacientes*, se da una disminución de la autonomía (empeoramiento de la función física y social), se desafía la autovaloración de la propia dignidad (riesgo de suicidio o de solicitud de eutanasia), signa un mal pronóstico o una muerte cercana (en especial si el dolor empeora). Además, su persistencia determina pérdida del apetito, alteraciones del sueño, alteraciones del humor (ansiedad, depresión), alteraciones posturales (con riesgo de lesiones potencialmente graves), disminución de la libido, y disminución de la actividad.

- *A nivel de la familia*, causa disfunción familiar (sufrimiento, impotencia, duelo patológico, búsqueda de alternativas terapéuticas).
- *A nivel del personal sanitario*, ocasiona frustración e impotencia.
- *A nivel del sistema sanitario*, provoca un uso inadecuado de recursos.

Todo esto pone en evidencia la medular importancia de desarrollar los Cuidados Paliativos para garantizar su universalización y el correcto manejo de los síntomas de los pacientes.

Además de garantizar una asistencia correcta y humana, cabe destacar que permiten un uso más racional de los recursos (como se explicará a continuación en el abordaje del mito #1).

Cuando la eutanasia se disfraza de Cuidados Paliativos: cómo separar mitos de verdades

Mito #1: “Los Cuidados Paliativos son caros, por lo que la eutanasia es el camino para aliviar el sufrimiento”

Este mito es falso. La implementación de un Servicio de Cuidados Paliativos constituye un ahorro masivo para los prestadores de salud.

- La atención paliativa hospitalaria **reduce los días de internación**. Un proyecto piloto realizado por quien escribe en el Casmu en el 2014, mostró un descenso en el tiempo de internación de 2 días (el promedio se redujo de 7,8 a 5,8 días). Al ahorro que esto implica en hotelería (que se contabilizó en el estudio) se añade el ahorro en estudios y tratamientos fútiles (Díaz et al., 2016).
- Los Cuidados Paliativos domiciliarios administrados por equipo de médico y enfermero de referencia, permiten el **fallecimiento en domicilio en un alto porcentaje de casos (70 %)**, lo cual supone un ahorro significativo para los prestadores de salud (más allá de los beneficios para el paciente y la familia) (Guedes et al., 2012). Además, el correcto control de síntomas en domicilio por equipo de médico, enfermero y psicólogo previene un elevado número de consultas por sufrimiento de difícil manejo, lo que **justifica incluso la gratuidad de dicha prestación**, significando la misma un ahorro claro para las instituciones (Guedes et al., 2012a). Estos hallazgos a nivel de Uruguay son coherentes con los que se reportan en la literatura internacional: ofrecer atención paliativa implica un ahorro económico para las instituciones, y reduce el alto gasto que generan los pacientes de difícil manejo con síntomas mal controlados (Reyes, 2006).

Sería bueno que quienes esgrimen el argumento del ahorro que implicaría la legalización de la eutanasia, compararan sus bajos costos con los bajos costos de los Cuidados Paliativos, y no con los altos costos que conlleva el mal control de síntomas de los pacientes que no cuentan con la atención debida. También sería bueno que se contabilizara correctamente el costo del modelo integral de implementación de eutanasia (propuesto por el segundo proyecto de ley en discusión en Uruguay), que requiere de tiempos y recursos análogos a los requeridos por los Cuidados Paliativos, por lo que su ahorro esgrimido por muchos no sería tal.

Mito #2: “La administración de morfina es eutanasia”

Esta es una mentira tan repetida que muchos creen cierta, pero no lo es. **La morfina se utiliza en Cuidados Paliativos para calmar al paciente, siendo el fármaco de elección recomendado por la OMS para el alivio del dolor moderado y severo o de la falta de aire de enfermedades que amenazan la vida.** Administrar dosis letales de morfina para acabar con la vida del paciente es lo mismo que hacerlo con dosis letales de cualquier otro fármaco y es homicidio.

El problema de este mito es que, como muchos creen que la morfina es sinónimo de eutanasia, de legalizarse la muerte asistida algunos pacientes podrían ser convencidos de aceptarla, porque “igual ya están recibiendo morfina”. Recibir un correcto tratamiento del dolor con morfina y demás fármacos indicados es un **derecho**, y nada tiene que ver con la eutanasia.

Estar recibiendo morfina a dosis suficientes y necesarias, administrada por profesionales capacitados, no significa que se acerque el final de la vida ni produce paro cardiorrespiratorio. Es importante evacuar todas las dudas que existan al respecto con el médico tratante, para desterrar mitos y poder obtener los importantes beneficios que ofrece la morfina en cuanto al correcto control de síntomas.

Mito #3: “La sedación paliativa es eutanasia” y “La eutanasia se realiza en las sombras”

Es falsa la afirmación de que la eutanasia se realiza en las sombras en nuestro país. Si así fuera, constituiría un delito y debería investigarse y penalizarse a quien la realice (y no legislar para despenalizar a quienes hipotéticamente la realizaran).

Este mito responde a una confusión entre sedación paliativa y eutanasia. El antiguo “coctel lítico” fue erradicado de la práctica médica y no se realiza hoy en día en Uruguay. Mi experiencia clínica hace más de 40 años me permite afirmar que el objetivo de dicha práctica no era provocar la muerte inmediata (que de hecho no ocurría, sino que los pacientes aguardaban su muerte natural sedados, y la misma ocurría en horas o días). El objetivo era ofrecer analgesia y sedación continua y profunda a los pacientes terminales con síntomas de difícil manejo, con los fármacos y el conocimiento disponibles en aquel entonces (Demerol, Fenargan y Largactil, que ya no se utilizan para estos fines). Su uso ha sido progresivamente sustituido por las pautas de sedación de Cuidados Paliativos, que usan fármacos modernos (Midazolam siendo el más frecuente) a dosis mínimas necesarias para aliviar el sufrimiento de los pacientes con síntomas refractarios, sin adelantar ni retrasar la muerte.

Muchas veces se utilizan combinaciones de fármacos, adecuadas al cuadro clínico del paciente. **La sumatoria de distintos fármacos cuando es necesaria no es sinónimo de “coctel lítico”, sino que responde al correcto abordaje terapéutico de la multiplicidad de síntomas que puede presentar el paciente** (náuseas, dolor, falta de aire, indicación de sedación, etc.).

Queda claro entonces que la diferencia entre sedación paliativa y eutanasia es nítida. Difieren en su objetivo, en su método y en su resultado (Comité de Bioética de España, 2020).

- **Objetivo:** El objetivo de la sedación paliativa es aliviar síntomas refractarios (resistentes a otros tratamientos) sin acortar ni prolongar la vida, mientras que el de la eutanasia es matar al paciente.
- **Método:** El método de la sedación paliativa es la utilización de sedantes a dosis mínimas efectivas, mientras que el método de la eutanasia es la administración de fármacos a dosis y combinaciones letales (hay legislaturas que son claras y usan el término “veneno”).
- **Resultado:** El resultado de la sedación paliativa es un paciente en paz, sin dolor, *cuyo fallecimiento ocurre en forma natural*, mientras que el resultado de la eutanasia es un paciente muerto en minutos a causa de la medicación letal.

Mito 4: “Los pacientes no oncológicos sufren, porque los cuidados paliativos son solo para pacientes oncológicos”

Esto no es así. Tanto los pacientes oncológicos como no oncológicos (pacientes con patologías no malignas crónicas **avanzadas**, como demencia con complicaciones médicas, ACV, cardiopatías, EPOC, nefropatías, hepatopatías, Parkinson, esclerosis múltiple, etc.) se pueden beneficiar de la estructura actual de Cuidados Paliativos en Uruguay.

En 2008, dadas las características demográficas de la población que debía asistir -de alta prevalencia de enfermedades no oncológicas que no accedían a los Cuidados Paliativos-, se decidió a través del equipo de Medicina Interna del Casmu promover que también estos enfermos fuesen incluidos en los servicios de Medicina Paliativa.

Esto implicaba definir en qué pacientes no debían plantearse tratamientos fútiles, previniendo la obstinación terapéutica y ofreciendo Cuidados Paliativos, que permitían aliviar los síntomas sin encarnizarse, pero al mismo tiempo sin abandonarlos. De este modo, podrían finalizar su vida de una manera más humanizada.

Para fundamentar el planteo de dicho cambio asistencial, se realizó un estudio que analizó la evolución de 100 pacientes no oncológicos que fueron recibidos por el servicio de Cuidados Paliativos en el período de abril de 2008 a marzo 2009. Los pacientes contaban con criterios de Terminalidad según SECPAL National Hospice y con parámetros de Objetivación del Declive Funcional Reciente. Se agruparon según los 4 subgrupos diagnósticos recomendados que permiten el análisis clínico de qué afección es la determinante del mal pronóstico. Se analizó si los pacientes se encontraban bajo asistencia adecuada. En 90 de los 100 pacientes se confirmó la Situación de Enfermedad Terminal y la indicación de atención paliativa. Los restantes 10 pacientes egresaron del servicio con indicaciones actualizadas y las derivaciones a los profesionales pertinentes. En todos ellos (100) se objetivó el Declive Funcional Reciente.

Los 90 pacientes ingresados al servicio se trataban de una población añosa, altamente dependiente, con alto nivel de pobreza, pero con aceptable continencia familiar. La mayoría presentaba varias patologías asociadas determinantes de Situación de Enfermedad Terminal. Del total de fallecimientos durante el estudio, el 95 % ocurrieron en domicilio, con aceptable control

sintomático. Por lo tanto, se logró cumplir con el objetivo de un final de vida humanizado en pacientes crónicos avanzados (Guedes et al., 2009).⁵

Este estudio impulsó el desarrollo de áreas asistenciales de cuidados paliativos no oncológicos en el país. Actualmente, todos los servicios atienden a un porcentaje creciente de este tipo de pacientes, si bien no son los predominantes. Por lo tanto, no es cierto que la población de enfermos no oncológicos no tenga amparo médico ante el sufrimiento y que requiera de la eutanasia como solución: **una cosa es que un paciente no haya accedido a la atención debida, y otra es que no haya herramientas para ayudarlo.** Afortunadamente, las hay.

Mito #5: “Los pacientes con ELA no tienen posibilidades de alivio del sufrimiento”

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad rara (incidencia: 1 o 2 casos cada 100.000 habitantes), por lo que existe desconocimiento social y muchas veces profesional al respecto. Además, es una condición grave, degenerativa e invalidante, dada por la degeneración progresiva de las neuronas motoras de la corteza, tronco y médula espinal, que evoluciona de la debilidad muscular a la parálisis progresiva. Amenaza la autonomía motora, la comunicación oral, la deglución y la respiración, aunque se mantienen intactos los sentidos, el intelecto y los músculos oculares. Las necesidades de los pacientes se van incrementando y necesitan cada vez más ayuda para realizar las actividades del diario vivir. Actualmente, el 90 % fallece por insuficiencia respiratoria a los 2 a 5 años del diagnóstico. Esta enfermedad suele generar en los afectados una sensación de soledad y de exclusión social, cultural y económica, además de demandar grandes esfuerzos familiares de cuidado y de ser un desafío para el sistema de salud.

Los pacientes con ELA acceden en nuestro país a atención por equipos de Cuidados Paliativos. Esto es así desde que, en 2008, paliativistas del Casmu comenzaron a trabajar de forma interdisciplinaria y a formarse en la atención y el alivio de los síntomas específicos de esta patología. Los resultados de las primeras experiencias de pacientes con ELA recibiendo Cuidados Paliativos demostraron que los mismos lograban mejorar su calidad de vida y la de sus familias, aliviando los síntomas vinculados a la afectación bulbar (trastornos de la deglución, de la articulación de la palabra, disnea) (Guedes et al., 2012b). Este primer modelo impulsó el desarrollo progresivo de la asistencia paliativa a los pacientes con ELA, que comenzó en Montevideo y hoy está disponible en numerosos servicios de todo el país.⁶

Que los pacientes con ELA solo tienen a la eutanasia como salida no solo es falso sino que, además, es un mito que atenta contra los esfuerzos para continuar desarrollando opciones terapéuticas cada vez más promisorias, y -¿por qué no?- potencialmente curativas.

⁵ Los resultados de este trabajo recibieron el Primer Premio en el Congreso Nacional de Medicina Interna 2009.

⁶ Además del notorio desarrollo de los Cuidados Paliativos para la atención de los pacientes con ELA, se han desarrollado también otros recursos muy valiosos como la organización Tenemos ELA Uruguay y el CELAU (Centro de Esclerosis Lateral Amiotrófica del Uruguay), que brindan todo tipo de soporte, asistencia y apoyo a la investigación.

Mito #6: “Las personas con demencias no tienen proyectos vitales, no son personas, su vida es indigna y la eutanasia es alivio a su sufrimiento”

En el estudio mencionado anteriormente que evaluó la inclusión de la enfermedad no oncológica en los Servicios de Cuidados Paliativos, un 69 % de los pacientes tenían encefalopatía asociada a otras enfermedades. Dentro de ellos, **30 enfermos tenían enfermedad de Alzheimer**, lo que muestra la alta frecuencia del déficit cognitivo en los pacientes terminales no oncológicos.

Pese a dicho déficit, estos pacientes expresan dolor, alegrías, deseos, y necesidad de ser adecuadamente atendidos y escuchados con empatía. Ganan confianza al ver a un familiar querido, al levantarse a dar un paseo por el jardín, y mediante infinitas otras formas de expresarse física y gestualmente, más allá de las palabras. Cuando están juntos a sus vínculos, expresan emociones positivas.

En mi experiencia clínica asistí a miles de enfermos con demencias de diversa causa en policlínica, internación y domicilio. **Puedo asegurar que la verdadera dificultad que afecta la dignidad percibida de estos pacientes está en los problemas en sus cuidados**, en cuanto a su continuidad o permanencia, y en cuanto al nivel de conocimiento, calidad humana y ética de los cuidadores (que practican con alta frecuencia el abuso económico, emocional y patrimonial de los mayores). También hay una alta conflictividad familiar por distintas visiones sobre el cuidado.

En la muestra investigada en el estudio, el nivel socioeconómico era regular según la escala aplicada: un 40 % tenía vivienda adecuada pero malos ingresos o nulos, y un bajo número de pacientes (5 %) tenía mal nivel socioeconómico (es decir, carecían de vivienda y de ingresos). Las proporciones halladas en la muestra son las mismas que se constatan en la atención de estos enfermos en los últimos años. Otro dato relevante reportado por el Instituto Nacional de Estadística en 2016 según datos del Censo de 2011 es que un 34,22 % de las personas mayores (65 años o más) habitan en hogar unipersonal (es decir, viven solas). Estas carencias conspiran contra la buena dedicación a la atención y escucha. El camino del bien común, lo digno y humano y el deber del Estado, es otorgar recursos para la atención de estos pacientes, en lugar de crear leyes para empujarlos a su eliminación. Más grave aún es esto en los pacientes con demencia, ya que las personas que los representarían son cuidadores que la mayoría de las veces no los conocen y no saben con certeza qué es lo que querrían.

Los Cuidados Paliativos ofrecen la posibilidad de que los pacientes con demencias, al igual que todos los demás, puedan vivir la etapa final de su vida con cuidados dignos y humanos, disfrutando a su manera, y con confianza en sus cuidadores.

Mito #7: “La eutanasia provee una muerte sin sufrimiento”

La muerte idílica que prometen los promotores de la eutanasia muchas veces no es tal. En un porcentaje significativo de los casos, los pacientes presentan complicaciones relacionadas con la regurgitación de la medicación o con la recuperación de la conciencia luego de un efecto inicial. Además, el tiempo de acción no es inmediato. En Australia, la media de tiempo entre la

administración de la medicación y la muerte es de 25 minutos, pero el rango reportado supera los 4 días, mientras que en Washington el 68 % fallece dentro de los primeros 90 minutos, con un rango que llega a las 30 horas en algunos casos (Aspex Consulting, 2018). Otro fenómeno a destacar es que las fallas en la concreción de la muerte se dan con aún más frecuencia en los casos de suicidio asistido: un porcentaje de los mismos termina convirtiéndose en eutanasia porque el médico completa el acto cuando no lo logra la propia persona (Groenewoud et al., 2000). En Holanda, las complicaciones durante el suicidio asistido se reportan en un 10% aprox. de casos, tanto para las dificultades en la deglución de la medicación, como para la aparición de vómitos y convulsiones (Aspex Consulting, 2018).

Mito #8: “El Deseo de Adelantar la Muerte es lo mismo que pedir la eutanasia”

Este es uno de los mitos más peligrosos. Todo paliativista sabe que el Deseo de Adelantar la Muerte (DAM) es una entidad clínica en Cuidados Paliativos que obedece a un sufrimiento multidimensional, que puede involucrar lo físico, lo psicológico, lo social y lo espiritual. Como síntoma clínico, el DAM es tratable, y baja su intensidad o revierte en el 95 % de los casos. El paciente que presenta ese deseo en un inicio está manifestando una necesidad de cuidado y de sanación de su valor percibido. A medida que se construye la red de tratamiento, apoyo y acompañamiento, dicho deseo se alivia o revierte, para dar lugar a la resignificación del proceso que afronta (perdonar, ser perdonado, agradecer, despedirse), que permite recibir a la muerte en paz y sin dolor, como todos merecemos como derecho humano.

Las formas clínicas en que suele presentarse el Deseo de Adelantar la Muerte son “no quiero vivir más así”, “no quiero ser una carga para mi familia”, manifestar deseo de morir por miedo al abandono y la depresión no diagnosticada. La solicitud de eutanasia (para morir en minutos a causa de un fármaco letal) es un caso totalmente excepcional, y no debe equipararse toda forma clínica de DAM con dicha excepción (que es, además, también tratable y reversible).

Emplear confusamente el concepto de pedido de eutanasia como si fuese lo mismo que presentar Deseo de Adelantar la Muerte, lleva a sobreestimar falsamente la demanda de eutanasia por parte de los enfermos.

Decir que dos médicos generales en un acto transversal separados por 2 semanas son garantía de que el paciente presenta un sufrimiento irreversible en las múltiples dimensiones, es carecer totalmente de conocimiento de lo que es el proceso de atención de un paciente al final de la vida.

Mito #9: “Los Cuidados Paliativos y la eutanasia pueden ser complementarios”

La complementariedad entre Cuidados Paliativos y eutanasia y suicidio médicamente asistido ha sido planteada por diferentes defensores de la muerte asistida. Sin embargo, la misma no es tal. Son dos paradigmas con fines contrapuestos, que por ley natural no pueden complementarse: la eutanasia ataca la integridad y concreción de los fines de la medicina paliativa, al eliminar al paciente.

Los Cuidados Paliativos son la aplicación de una delicada y progresiva construcción de una red de cuidado, guiada por consensos y recomendaciones de expertos, a través de la mano del esfuerzo profesional, que se paraliza ante la invocación de una ley de eutanasia. El fin de los Cuidados Paliativos no es compatible con el proceso de eutanasia, ni con su dureza, ni con la soledad y el aislamiento en que mueren muchas de las personas que optan por el camino de la muerte asistida.

Además de no ser compatibles en lo sustancial, tampoco lo son en la práctica. La experiencia y la evidencia publicada sobre Bélgica muestra que los médicos se sienten presionados desde lo social, académico e institucional para proceder a la eutanasia sin cuestionarse, lo que debilita sus esfuerzos por buscar recursos para la atención de todas las áreas afectadas de la vida del enfermo y para la atención sostenida a los detalles que alivian la carga de sufrimiento (Devos, 2021). Los informes de Cuidados Paliativos de Australia, por su parte, aun estando a favor de la muerte asistida, reconocen que los médicos flexibilizan los criterios de aceptación de la misma, reconociendo la “rutinización” como algo natural y no como un problema (Aspex Consulting, 2018).

Esto parece ser conocido por quienes plantean a la eutanasia como un complemento de los Cuidados Paliativos, que parecerían buscar hacer usufructo de los recursos ya instalados de los Paliativos para practicar la muerte asistida. Cuando esto pasa, se describe un supuesto aumento de demanda de los Cuidados Paliativos cuando se legaliza la muerte asistida (y esto suele presentarse como algo bueno). Sin embargo, estas cifras son engañosas: parece que aumenta el volumen de pacientes que está recibiendo Cuidados Paliativos, cuando en realidad dicho volumen corresponde a los pacientes que son derivados desde todo el sistema de salud para acceder a la muerte asistida. En Bélgica, por ejemplo, donde médicos de Cuidados Paliativos también hacen eutanasia, las mejoras numéricas de dichos servicios no reflejan mejoras de calidad asistencial, sino que los pacientes se registran en servicios de Paliativos para solicitar la eutanasia (Aspex Consulting, 2018).

Según mi propia experiencia clínica, basada en la atención de 8.000 enfermos, el Deseo de Adelantar la Muerte (DAM) como síntoma clínico se presenta en 25-30 % de los enfermos (2.400 pacientes). **La atención integral del sufrimiento físico, social, emocional y espiritual, logra bajar la carga de sufrimiento total o parcialmente, a niveles de tolerancia compatibles con una buena calidad de vida, siendo el DAM un síntoma tratable y reversible en 95 % de los casos.** De “complementarse” los Cuidados Paliativos con la legalización de la eutanasia, estos pacientes con DAM reversible (2.280) arriesgarían morir antes de ser tratados. En los casos en los que no se logra aliviar el DAM luego de la aplicación de pautas y consensos por tiempos prudenciales, los equipos de Paliativos hacen diagnóstico de sufrimiento refractario y se aplica el protocolo de sedación paliativa de conciencia, siempre bajo consentimiento (logrando aliviar el sufrimiento).

Si los pacientes con DAM son empujados hacia la eutanasia o el suicidio asistido, sin dudas se romperían los objetivos asistenciales nacionales y se violarían los derechos al alivio, al cuidado y a la atención integral. Si extrapolamos las proporciones mencionadas a todos los pacientes que requieren Cuidados Paliativos en Uruguay (30.000), se desprende que el 30 % (aprox. 10.000) presentarían DAM y que 9.500 lo superarían con atención integral. De legalizarse la eutanasia, estas

9.500 vidas serían empujadas hacia la misma, podrían nunca llegar a recibir la atención que merecen y podría no verse revertido su deseo de muerte anticipada.

Si atendemos particularmente al Suicidio Médicamente Asistido, estaríamos poniendo en riesgo a 21.690 personas al año, si consideramos que en Uruguay en 2020 hubo 723 suicidios y que, según lo referido por Lic. Flavio Acuña (promotor del proyecto de ley de prevención del suicidio), hay al menos 30 intentos por cada suicidio consumado.

Reflexión final

Los Cuidados Paliativos son la respuesta al sufrimiento global que genera tener la vida amenazada. La eutanasia y el suicidio médicamente asistido no son necesarios ni positivos, porque amplían el sufrimiento que pretenden aliviar, mediante la pendiente resbaladiza, llevando la muerte y la falta de oportunidad a los pacientes vulnerables por su condición económica, social o nivel de competencia mental. Legalizar estas prácticas sería violar el derecho que todo paciente tiene a acceder a cuidado, alivio y atención sanitaria integral.

Bibliografía

Aspex Consulting. 2018. *Palliative Care Australia. Experience internationally of the legalisation of assisted dying on the palliative care sector. Final Report*. Disponible en: https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/12/Experience-internationally-of-the-legalisation-of-assisted-dying-on-the-palliative-care-sector-APEX-FINAL.pdf (último acceso: 22 de abril 2022).

Comité de Bioética de España. 2020. *Informe del comité de bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf> (último acceso: 14 de abril 2022).

Devos, Timothy (Editor). 2021. *Euthanasia: Searching for the Full Story. Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses*. Springer.

Díaz, Claudia, Ana Guedes; Marianela Corbo, Santiago de Los Santos, María Acosta. 2016. "Evaluación del impacto en el egreso hospitalario de enfermos terminales a un año de inicio de cuidados paliativos hospitalarios. CASMU IAMPP". *Primer Congreso uruguayo de Cuidados Paliativos*. SUMCP. Montevideo, Uruguay.

Gómez Sancho, Marcos. 2003. "Bases para el control de síntomas y el uso de fármacos". En: *Avances en Cuidados Paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: Gabinete de asesoramiento y formación Sociosanitaria: 3-18.

Gómez Sancho, Marcos. 1999. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. 1ª Ed. Ediciones ARAN.

Gómez Sancho, Marcos. 2005. *Morir con Dignidad*. Madrid: Ediciones Aran.

Groenewoud, Johanna H.M.D., Agnes van der Heide, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Dick L. Willems, Paul J. van der Maas, y Gerrit van der Wal. 2000. "Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands". *N Engl J Med*. 342: 551-6.

Guedes, Ana, Claudia Diaz y María José Montes. Comunicación de Atención de Pacientes con ELA en Cuidados Paliativos de Casmu. VI Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos, 14 al 17 de Marzo de 2012b, Curitiba, Brasil.

Guedes, Ana, Claudia Diaz, Yanice Noya, Alicia Dibelo, Guillermo Avas, Hugo Isaurralde, Carlos Brayer, Marianela Corbo. 2016. "Diez años de trabajo de equipo de cuidados paliativos en la comunidad. Casmu IAMPP. Montevideo, Uruguay". *VIII Congreso de A.L.C.P. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos*. México.

Guedes, Ana, MJ Montes y B Goja. 2009. "Cuidados Paliativos a Pacientes No Oncológicos de C.A.S.M.U. IAM-PP". *Congreso nacional de Medicina Interna*. Montevideo, Uruguay.

Guedes, Ana, Nollí Pilar, Salle Fabiana, Nolla Yanice, Avas Guillermo, Isaurralde Hugo, et al. 2012a. "Impacto de la gratuidad asistencial en la accesibilidad y fallecimiento en domicilio de un programa domiciliario de cuidados paliativos. Programa de Cuidados Paliativos Casmu IAM-PP. Montevideo, Uruguay". *VI Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos*. Curitiba, Brasil.

Guerrero-Torrelles, Mariona, Andrea Rodríguez-Prat, Cristina Monforte-Royo y Josep Porta-Sales. 2018. "Responder al deseo de adelantar la muerte en pacientes al final de la vida: síntesis de recomendaciones y guías clínicas". *Med Paliat*. 25 (3): 121-129.

Instituto Nacional de Estadística. 2016. *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 7. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Disponible en: https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011/-/asset_publisher/ddWrDpxi9ogb/content/fasciculo-7-envejecimiento-y-personas-mayores-en-el-uruguay/maximized?_101_INSTANCE_ddWrDpxi9ogb_redirect=%2Fcensos-2011

Kübler-Ross, Elisabeth. 2006. *La Rueda de la Vida*. 1ª Ed. Editorial Zeta.

Kübler-Ross, Elisabeth. 2017 (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial B de Bolsillo.

- MSP (Ministerio de Salud Pública). Sistema Nacional Integrado de Salud (PIAS). Catálogo de Prestaciones (Anexo II del Decreto N°465/008, Decreto N°289/009, Decretos y Leyes posteriores). República Oriental del Uruguay.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). Noviembre 2013. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Guía de Buenas Prácticas para su Implementación. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-paliativos-guia-buenas-practicas-para-su> (último acceso: 15 de abril 2022).
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2019. Desarrollo de Cuidados Paliativos en Uruguay. Resultado de la Encuesta Nacional de Prestadores de Salud. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desarrollo-cuidados-paliativos-uruguay-resultados-encuesta-nacional>
- Obituary. Pain 2005; 118.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. *Cuidados Paliativos*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (último acceso: 21 de abril 2022).
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos. Acceso el 28 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (último acceso: 22 de abril 2022).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos#:~:text=Los%20cuidados%20paliativos%20son%20un,asociados%20con%20enfermedades%20potencialmente%20mortales> (último acceso: 15 de abril 2022).
- Píriz Alvarez, Gabriela, V Estragó, C Pattarino y T Sandar. 2004. “Dolor Oncológico: un problema no resuelto”. *Rev Med Uruguay*; 20: 32-43.
- Reyes, M, M. González, I. Del Río, E. Mena, F. Nervi, B. Santi, P. Asenjo. 2006. “Costo día-cama en cuidados paliativos especializados vs. servicios convencionales: análisis económico del costo-beneficio”, en *3er Congreso de Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP)*. Venezuela.
- Saunders, Madame Cicely. 2011. *Velad conmigo, inspiración para una vida en Cuidados Paliativos*. 1ª Ed. en Castellano.
- Taboada, Paulina. 2020. “El derecho a morir con dignidad”. *Acta Bioethica*. Año VI, nº1.
- Trelis I, Navarro, J. 2001. “Dolor Difícil en Cuidados Paliativos”. *Med Paliat*; 8(1):53-54.

Twycross, Robert. Medicina Paliativa: Filosofía y Consideraciones Éticas. Acta Bioethica 2000; año VI, nº 1. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art03.pdf>

Vidal, M.A. y L.M. Torres. 2006. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. Rev. Soc. Esp. Dolor. 13, 3. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001 (último acceso: 15 de abril 2022).

Marco normativo

Pasquet, Ope, Felipe Schipani, María Eugenia Roselló, Walter Cervini y Laura Baccino. 2020. Proyecto de ley: Eutanasia y Suicidio Médicamente Asistido. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2020/05/EUTANASIAPROYECTODELEY.pdf> (último acceso: 15 de abril 2022).

Uruguay. Proyecto de ley: Cuidados Paliativos. 29 de diciembre de 2021. Carpeta 625/2021.

Uruguay. Ley N°18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, 5 de diciembre 2007. Disponible en: [https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/64#:~:text=El%20concepto%20de%20hijo%20a,art%C3%ADculo%3A%2077%20\(vigencia\)](https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/64#:~:text=El%20concepto%20de%20hijo%20a,art%C3%ADculo%3A%2077%20(vigencia)) (último acceso: 22 de abril 2022).

Uruguay. Ley N°18.335. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, 15 de agosto 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008> (último acceso: 15 de abril 2022).

Uruguay. Ley N°18.473. Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales, 3 de abril 2009. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18473-2009#:~:text=Toda%20persona%20mayor%20de%20edad,afectar%20la%20salud%20de%20terceros> (último acceso: 22 de abril 2022).

Uruguay. Ley N°19.286. Aprobación del Código de Ética Médica, 25 de setiembre 2014. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19286-2014/20#:~:text=El%20m%C3%A9dico%20tiene%20la%20obligaci%C3%B3n,su%20identidad%20en%20determinadas%20circunstancias> (último acceso: 22 de abril 2022).

Sedación paliativa vs. Eutanasia

Dra. María Alejandra Sosa Basaistegui¹

Las reflexiones acerca de la muerte y los modos de morir están siendo objeto de un intenso debate en los últimos tiempos. Los cuidados paliativos (CP) surgen con la Dra. Cicely Saunders comprometiéndose a acompañar y cuidar a los pacientes con enfermedades incurables que amenazan y/o limitan la vida, contrarrestando la deshumanización del modelo tecnológico en el proceso de morir. Se definen como la atención integral a los pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas, incurables, pasibles o no de tratamiento paliativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente y la familia, ya sea en domicilio, en consulta ambulatoria o ingresado en un centro de salud.

Los CP afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal y natural; ni aceleran ni retrasan la muerte. Su objetivo es preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final, aplicando medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono del paciente. Pero, a pesar de que se ha avanzado mucho en el control de los síntomas, todavía hay algunos pacientes que, en la evolución de su enfermedad, presentan uno o más síntomas que, a pesar de estar bajo la atención de un equipo de expertos, con toda la medicación necesaria disponible y luego de un tiempo prudente para lograr una respuesta, no la obtienen. Estamos en estos casos ante la existencia de síntomas refractarios al tratamiento, lo que provoca un sufrimiento insoportable. En estos casos, la sedación se plantea como una medida terapéutica paliativa.

No es aceptable la indicación de la sedación ante síntomas de difícil manejo cuando no se ha demostrado la refractariedad de los mismos. Quienes desconocen las indicaciones y la técnica de la sedación, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia. La correcta formación de los médicos en esta práctica será la garantía de que ningún enfermo sufra innecesariamente al final de la vida.

¿En qué consiste la sedación paliativa?

La sedación paliativa (SP) se define como la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

¹ Oncóloga Médica, Master Internacional en Cuidados Paliativos

La SP debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento.

La SP en la agonía se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación, la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

La sedación intermitente es aquella que se pauta de forma transitoria con el objetivo de ser retirada en un plazo de tiempo determinado para reevaluar la persistencia o no del sufrimiento del paciente (ejemplo: para aplicar determinados procedimientos, ante el sufrimiento existencial, etc.).

Los fármacos más frecuentemente utilizados para la SP, dependiendo de cuál sea el síntoma refractario, son las benzodiazepinas (midazolam), neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina), anticonvulsivantes (fenobarbital) y anestésicos (propofol).

La autonomía del paciente y el consentimiento informado

El consentimiento informado (CI) es la conformidad libre de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto que afecta a su salud. Se basa en la autonomía, que es un derecho del enfermo que el médico debe respetar. El paciente tiene derecho a conocer y entender el proceso de sedación y sus consecuencias, para así poder concluir asuntos pendientes de importancia, despedirse de sus afectos, dejar su legado, etc. Dicho consentimiento podrá ser implícito, explícito o delegado, puede ser verbal y no necesariamente debe ser escrito.

La obligación del médico de dar al paciente una información clara y comprensible tiene dos excepciones: la voluntad del enfermo de no ser informado y la necesidad terapéutica (cuando el médico dispone de razones objetivas de que la información puede perjudicar al paciente gravemente en su salud). Una información brusca sobre el mal pronóstico a muy corto plazo puede provocar mayor sufrimiento al paciente.

En otras ocasiones, en el momento en el que la sedación se hace necesaria, el paciente tiene alteraciones en su capacidad cognitiva, por eso es imperativa la derivación temprana de los pacientes a CP para la planificación anticipada de los cuidados.

Recordemos que en nuestro país tenemos legislación vigente, Ley Nro. 18.473 de Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales, del 2009.

Cuando se acerca la fase final de la enfermedad, y estando el paciente libre de síntomas, sereno y confortable, es el mejor momento para conversar sobre la SP.

Esta información puede requerir de varias visitas al paciente por parte de CP. Es importante que el paciente lo comprenda y nos exprese sus preferencias en cuanto a los tratamientos a administrar y todo debe quedar reflejado en la historia clínica (HC).

Debemos tener en cuenta que la SP implica renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte, por lo que debe ser una indicación profundamente reflexiva entre los integrantes del equipo de salud.

¿Cuándo está indicada la sedación paliativa?

Las causas más frecuentes para la indicación de sedación son: delirio, disnea, dolor, náuseas y vómitos, hemorragia masiva, ansiedad o pánico y sufrimiento existencial (SE), siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

El médico dejará constancia en la HC, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis, recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial y también las transmitirá a la familia y/o a los cuidadores del paciente.

La SP no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia del personal asistencial.

La SP ante el sufrimiento existencial (SE) refractario, entendiéndose como sufrimiento existencial “el sentimiento de que la propia vida está vacía o carente de sentido”, es poco frecuente. El SE ocasiona un gran sufrimiento, de manera que algunos pacientes desean la muerte como salida de una vida que se experimenta como algo muy penoso y sin sentido.

Son situaciones que, además de afectar al paciente, generan una gran conmoción familiar y social, y que en algunas ocasiones alcanzan relevancia mediática, presentadas como paradigma de la necesidad de regular la eutanasia (E) o el suicidio medicamente asistido (SMA).

El SE presenta una tenue línea divisoria que separa la esfera biomédica de otras dimensiones de la persona que generan gran sufrimiento, como ser: soledad, abandono, crisis sentimentales, económicas, etc. Esto es conocido como sufrimiento total (esferas emocional, social, emocional-espiritual y física). Por todo ello, se hace necesaria una reflexión profunda y prudente desde la perspectiva de la ética clínica, que ayude a la toma de decisiones en estos casos.

El SE es refractario a tratamiento médico cuando los cuidados psicológicos, sociales y espirituales que le proporciona CP (incluidos los familiares) no logran aliviarlo tras un período razonable de esfuerzo terapéutico llevado a cabo con los medios disponibles.

Este momento requiere una extraordinaria competencia técnica, ética y legal, y es contemplado como criterio de indicación de sedación cuando se establece la refractariedad tras la evaluación de un equipo con experiencia.

En estos casos, estaría indicada la sedación intermitente, que podría llegar a ser definitiva o irreversible cuando estuviéramos ante pacientes en situación de agonía.

Diferencias entre sedación paliativa y eutanasia

Existe una clara y relevante diferencia entre SP y E si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado y en el resultado.

Con la SP se pretende disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario.

Con la E se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con la vida del paciente.

La SP puede realizarse en centros de salud o en el domicilio. En el caso de la sedación en la agonía se requiere, además, que la clínica indique una situación de muerte inminente o muy próxima.

Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte (Principio del Doble Efecto).

Siempre deberemos tener presente que el inicio de la SP no exonera al equipo de salud de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo previsto inicialmente, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad de la persona, al igual que rodearlo de cariño. Es necesario transmitir a la familia que el paciente adecuadamente sedado no sufre. Durante la SP se va documentando en la historia clínica del paciente la profundidad de la sedación utilizando escalas. La más utilizada es la Escala Ramsay, que permite evaluar el nivel de sedación, manteniendo siempre la presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad del equipo de salud y de la familia y/o cuidadores.

La sedación paliativa constituye una buena práctica médica, legal, ética y deontológicamente obligatoria ante la refractariedad de síntomas en un paciente en agonía. Por tanto, no cabe la objeción de conciencia.

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido son acciones ilegales, antiéticas, van contra el Código de Ética Médica, que en nuestro país es ley (Ley Nro. 19.286, artículo 46), contra las resoluciones de la Asamblea Médica Mundial de 2019, y contra la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Eutanasia y dignidad, desde la perspectiva jurídica¹

Diego Velasco Suárez²

Agradezco también la oportunidad de intervenir con estos aportes a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social sobre la discusión de los proyectos de ley de eutanasia y suicidio médicamente asistido.

Vengo como profesor de Fundamentos del Derecho —una materia de la Facultad de Derecho de la Universidad de Montevideo—. Estudio desde hace muchos años los temas claves que se ven afectados por esta ley. Por eso escribí un libro titulado “Eutanasia y dignidad. Perspectivas jurídica, filosófica, sociológica e histórica de un debate”, publicado recientemente por Fundación de Cultura Universitaria, que pongo a su disposición.

En esta exposición, en primer lugar, analizaré, brevemente, cuál es el concepto de dignidad y derechos humanos que recoge la Declaración Universal de Derechos Humanos y nuestra Constitución, deteniéndome en el derecho a la vida y su carácter irrenunciable.

En segundo lugar, veremos cómo se concretan estos principios fundamentales en el ordenamiento jurídico vigente, tanto en la ley penal, como en las leyes que consagran los derechos de los pacientes y los deberes de los médicos, y cómo se modificarían con los proyectos a estudio.

Por último, a la luz de los principios vistos en primer lugar, recogidos en la Constitución, veremos por qué el Parlamento no tiene potestad jurídica para hacer estos cambios; veremos qué implicancias tiene sacar esa piedra fundamental del edificio del derecho, de la convivencia social y de la medicina, que es la igual dignidad, y cómo se responde, desde estos principios, a los argumentos que se esgrimen para legalizar la eutanasia.

Dignidad inherente y derechos humanos

Empecemos por la dignidad inherente y por los derechos humanos.

Con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, en 1948, después de la experiencia —como dice el preámbulo— de los “*actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad*” (DUDH, 1948) del régimen nazi, la humanidad llegó a un consenso básico: la necesidad de reconocer la igual dignidad inherente a todo ser humano, y sus consiguientes iguales

¹ Se recoge la exposición que tuvo lugar el 5 de julio de 2022 en la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Cámara de Diputados. Se agregan algunas ampliaciones entre corchetes y notas al pie, los títulos y un apartado final en el que se completa el esquema planteado inicialmente y que fue reducido por razón del tiempo de que se disponía en la intervención en la Comisión.

² Doctor en Derecho y Ciencias Sociales, Universidad de la República Oriental del Uruguay. Profesor de Fundamentos del Derecho en la Universidad de Montevideo. Autor de “Eutanasia y Dignidad – Perspectivas jurídica, filosófica, sociológica e histórica de un debate”, FCU, 2021.

derechos humanos, que se tienen solo por ser humano y que, por ello, son irrenunciables y deben ser garantizados por los Estados a todos por igual.

En el artículo 1º, se señala: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”* (DUDH, 1948).

Aquí está, en primer lugar, el concepto de **dignidad**. Hay un **mínimo objetivo** que todos deben respetar: la igual dignidad de todo ser humano. Se toma el concepto de Kant (2008, 298): todo ser humano es *persona* —no *cosa*—; es lo más valioso; tiene un valor absoluto inherente —por ser humano— y no un valor relativo —que depende de cuánto sea valorado, como las “cosas”, que tienen *precio*—; por eso, debe ser valorado: **se debe** querer que sea, que exista, y que sea todo lo que puede ser; y se debe actuar en consecuencia. De esta manera, *de la dignidad, nace el deber*. (Por ejemplo, si tengo un auto muy valioso, no lo rompo: lo cuido. Pero como no es lo más valioso, nada me indica que no deba cambiarlo por otro más valioso, y que, si se deteriora y pasa a ser muy costoso mantenerlo y nadie quiera comprarlo, lo deseché. Pero si hay algo —alguien— que es lo más valioso —digno—, no debo desecharlo; *debo* querer que sea y hacer *lo que necesite para ser todo lo que pueda ser* —en esto consisten los derechos—).

Las acciones libres tienen este *deber*. Son acciones dignas —debidas, adecuadas a esa dignidad esencial— si respetan esa dignidad; si no, son indignas —indebidas—. En cambio, la persona es siempre digna (Kant, 2008, 300); son sus acciones las que pueden ser dignas o indignas (Spaemann, 1998, 87).

En segundo término, el concepto de derecho. El **derecho** no es algo individual, sino social. Tenemos derechos porque no somos individuos completamente autónomos, independientes, que no necesitamos de los demás. Para poder existir y para desarrollar nuestras potencialidades, necesitamos que los demás **no hagan o hagan** determinadas acciones.

Si esto que necesitamos de los demás lo necesitamos por el solo hecho de ser seres humanos, esas omisiones o acciones son *derechos humanos*, iguales para todos los humanos. ¿Qué es entonces un **derecho humano**? *Lo que todo ser humano necesita que los demás hagan —o no hagan— para poder existir y desarrollar sus potencialidades comunes a todo ser humano*.

En tercer lugar, aquí está el **fundamento de los derechos** (Spaemann, 1998, 84). ¿Cuál es el fundamento de los derechos? ¿Por qué son un “derecho” y no tan solo una mera “necesidad”? Son derecho porque hay otros que tienen el **deber** correspondiente —*no hay derecho si no hay un deber correspondiente*—. Y los otros tienen el deber porque somos **dignos**, lo más valioso y, por eso, deben valorarnos, hacer o no hacer lo que necesitamos para ser y desarrollarnos. El fundamento del deber y, por tanto, del derecho correspondiente, es la dignidad de la persona humana. Es algo objetivo: si es humano, es digno, tiene derechos humanos, y los demás tienen “deberes humanos” correspondientes.

En cuanto al **derecho a la vida** —que está reconocido en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y en la Constitución—, lo primero que alguien necesita para poder desarrollar sus

potencialidades es existir, vivir. Y lo primero que los demás deben *no hacer*, según lo que exige la dignidad de esa persona, es *no matarlo*. Este es el mínimo exigido, el núcleo esencial del derecho a la vida.

El primer deber es no matar; el primer derecho es no ser matado. Si no respeto el derecho a la vida de alguien, no respeto ningún derecho suyo: elimino, con el sujeto, a todos sus derechos.

Se mata aquello cuya existencia no se valora: matar y no respetar la dignidad son una misma cosa. (En el ejemplo del auto, si es lícito desecharlo es porque no es digno). La acción más indigna es matar a un ser digno —a una persona—.

En la Constitución uruguaya, el deber de no matar es absoluto y, por tanto, el derecho a la vida es absoluto, según lo dispuesto en el artículo 26 de la Constitución: a nadie se aplicará la pena de muerte; nadie tiene permiso para matar a nadie, ni al peor criminal, porque toda vida es digna. Así lo dice unánimemente la Suprema Corte de Justicia.³

³ Ver, por ejemplo, sentencia 525 del 20-12-2000, 122/2007, 185/2013, 826/2014, 250/2015, 354/2016, 396/2016, 220/2018, 306/2018, 1211/2018, 550/2021, etc. A modo de ejemplo, transcribimos la sentencia 250/2015:

Como lo señalara la Corporación en Sentencia No. 826/2014:

“Es jurisprudencia reiteradamente sostenida por la Corporación, en lo que refiere a la alegada vulneración del derecho de propiedad por parte de las disposiciones impugnadas, ‘...como todo otro derecho individual (salvo el derecho a la vida, derecho subjetivo, perfecto, absoluto), no es absoluto ni irrestricto y tolera las limitaciones que la Ley establezca por razones de interés general. La tutela y reglamentación de tales derechos importa, en la generalidad de los casos, una colisión entre dos órdenes de intereses, el subjetivo del titular y el colectivo de la sociedad, y en la dilucidación legislativa del conflicto, si no existe posibilidad de conciliarlos, el primero debe ceder y siempre en tributo de los superiores intereses comunitarios, cuya valoración prioritaria es incuestionable en todo estado de Derecho...’ (Cf. Sentencias Nos. 133/963, 152/991, 33/994, 133/004, 64/008, entre otras)”. (Suprema Corte de Justicia, 24-9-14, Jorge Chediak, Julio Chalar, Jorge Larrieux, Ricardo Pérez Manrique, Jorge Ruibal, en <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=994666>)

O, en la más reciente N° 550/2021: “...porque de acuerdo a la jurisprudencia de la SCJ salvo el derecho a la vida los derechos que se enuncian en el art. 7 de la Carta no tienen carácter absoluto y son susceptibles de limitación por razones de interés general (Ana Maggi, Loreley Opertti, Josefina Tommasino, Claudia Kelland, Mónica Anabel Besio, 22-11-2021, <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=994288>).

En las sentencias en las que la Suprema Corte señala que el *derecho a la protección* en el goce de determinados derechos “no es absoluto”, refiere a otros derechos, nunca al derecho a la vida. Incluso, en las sentencias en las que se considera que no sería inconstitucional el art. 5 inc. 1 de la ley 16.343 (que se invoca para reclamar medicamentos de alto costo al Fondo Nacional de Recursos), tampoco se dice que el derecho a la vida (en su mínimo deber de no matar) no sea absoluto.

Lo que sucede es que una cosa es matar (acción positiva realizada con intención de dar muerte) y otra es no dar determinado remedio (omisión): la acción positiva puede prohibirse de modo absoluto (en el caso, *no matar*), pues siempre es posible no hacer una acción positiva libre —si no, no sería libre—; mientras que las omisiones corresponden a mandatos de acciones que deben hacerse, y esto no siempre es posible (como en el ejemplo: *curar*).

Por no tener en cuenta esta distinción, en algún caso (por ejemplo, en sentencia 1.342/2018, en la discordia del Dr. Felipe Hounie —y lo mismo, en sentencias 2.025/2017, 461/2018, 724/2018,) se ha señalado el peligro de limitar el derecho a la salud, al considerar que establecería “una «ventana» para la limitación de un derecho que, por su naturaleza instrumental con el derecho a la vida, no admite la menor restricción (sentencia N° 396/2016 de la Corte)”. No hay deber de curar siempre: depende de la posibilidad fáctica, racional, de hacerlo; en cambio, siempre hay deber de no matar.

Está claro, en las sentencias de la Suprema Corte de Justicia, cuál es la razón por la que considera que el derecho a ser protegido en el goce de los derechos que señala el artículo 7 de la Constitución (salvo el derecho a la vida), no puede ser absoluto. Así lo explica, por ejemplo, la sentencia 435/2016, del 17-10-2016, Elena Martínez, Jorge Chediak, Felipe Hounie, Jorge Larrieux, Ricardo Pérez Manrique, (<http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=994389>):

una concepción de un derecho a ser protegido en el goce de determinados derechos, de modo absoluto o ilimitado, “sería una concepción antisocial, por ello su necesidad de hacerlo compatible con el derecho de los demás dentro de la comunidad y con los intereses superiores de esta última”. Es decir, se puede limitar la protección en el goce del objeto de esos derechos, “por razones de interés general” (art. 7 Constitución), o de “orden público” (art. 10 Constitución), “conforme a las leyes que se dicten por razones de interés general” (art. 7 Constitución). **Sigue en página 70*

Solo está permitido matar por legítima defensa como medio coactivo de hacer cumplir el mismo derecho a la vida.⁴

¿Se puede renunciar a un derecho humano, como el derecho a la vida? Si es un derecho que se tiene por ser *humano*, aunque se renuncie, igual sigue teniendo ese derecho, porque sigue siendo humano y, por tanto, *los demás siguen teniendo el deber correspondiente*. ¿El derecho a la vida es irrenunciable? Sí: si estoy vivo, tengo vida. Mi vida, que es mi existencia, mi ser, es digna y debe ser valorada y respetada. Todos tienen el deber de no matarme.

Obviamente, si es irrenunciable, ante un conflicto en la misma persona entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad, debe prevalecer el derecho a la vida: si no, no sería irrenunciable.

Y lo que importa más en la cuestión de la eutanasia y el suicidio asistido es que la renuncia **no produce efectos jurídicos: no se pierde el derecho a la vida, ni se elimina el deber de no matar**. [No negamos que una persona, en los hechos, tenga la posibilidad de renunciar a seguir viviendo. Pero con la legalización de la eutanasia no se plantea esa cuestión a nivel puramente individual, sino que se pretende que tal decisión tenga, como consecuencia, una modificación en los deberes de los demás. Por eso, la eutanasia es una cuestión claramente social, no individual. Esta es la cuestión: esa persona podrá decidir morir, pero no tiene autoridad —potestad— para que su voluntad modifique los deberes que los demás tienen de respetar su derecho a la vida. Ni ella ni nadie tienen esa autoridad, esa potestad para modificar esta que es la relación jurídica fundamental, la primera regla de convivencia social —no matar, no ser matado—, este primer derecho humano. Nadie puede modificar los derechos humanos y hacer que un ser humano deje de ser digno, porque sus derechos humanos y su dignidad son *inherentes*: inseparables de su condición humana].

El médico sabe que el paciente es un ser humano y que por eso —razón más que suficiente—, no debe matarlo ni ayudarlo a darse muerte: porque es digno, su vida vale, por más que él no la valore. Nadie necesita saber si una persona quiere que la maten para saber que no debe matarla.

**Continúa de página 69, Nota al pie N°3*: No hay una razón de interés general que habilite dar muerte a alguien, ni siquiera ante el más peligroso criminal (art. 26 Constitución): por eso se prohíbe de modo absoluto dar muerte —ni siquiera como sanción, que limitaría el deber del Estado de proteger en el goce de la vida—. Obviamente, no es “antisocial” la prohibición absoluta de matar, porque ésta prevé la excepción de la legítima defensa, individual o colectiva. Lo que señala este carácter absoluto del derecho a la vida en su núcleo esencial es el carácter absoluto del valor de la persona, de su dignidad: no puede haber otro valor —honor, libertad, seguridad, trabajo, propiedad..., etc.— que pueda ser superior al valor de la persona, de su ser personal, de su existencia, de su vida —son todos sinónimos—. De lo contrario, la persona no sería digna, un fin en sí, sino un medio en relación a ese otro valor que pudiera prevalecer sobre él, sobre su vida. Siendo la vida lo mismo que la existencia de ese ser personal, si la persona es digna (es decir, si tiene un valor absoluto —de dignidad—, no relativo —de precio—), su vida es digna, es un valor absoluto, que siempre debe ser protegido por el Estado.

También, en estas sentencias se señala la finalidad de la reglamentación de los derechos por parte de la ley: “hacerlo compatible con el derecho de los demás dentro de la comunidad y con los intereses superiores de esta última”. Esto, que es aplicable en los demás derechos, no lo es respecto al derecho a la vida. Pues ¿en virtud de qué otro derecho de los demás se limitaría el derecho a la vida de los “eutanasiables”? ¿Cuál sería el interés superior de la comunidad al que debería subordinarse el valor de la vida de una persona? La dignidad de la persona determina que no pueda subordinar el valor de su existencia (su dignidad) a otra finalidad: sí puede subordinar sus acciones al bien común, pero no su ser, su dignidad.

En todo caso, queda claro que el derecho a la vida “no admite la menor restricción”.

⁴ No es que se lo puede matar porque no tenga derecho a la vida, porque su vida no valga, porque la persona no sea digna..., sino porque es el único medio de hacer que respete otra vida que vale lo mismo, porque es igualmente digna.

Concreción de estos derechos en la ley penal y en las leyes sobre derechos de los pacientes y deberes de los médicos

¿Cómo se concretan estos principios en el derecho positivo vigente, en la ley penal y en las leyes sobre derechos de los pacientes y deberes de los médicos?

Siguiendo el mandato constitucional de proteger en el goce de la vida —artículo 7° de la Constitución—, mediante leyes que traten a todos como iguales en dignidad y en los derechos que deriven de su condición humana —según el artículo 8° de la Constitución—, limitando el ejercicio de la libertad cuando viola derechos ajenos o el orden público (es decir, derechos propios irrenunciables —conforme al artículo 10 de la Constitución—), **la ley penal vigente** establece lo siguiente:

- En el **delito de homicidio** —artículo 310 del Código Penal—, el deber de no matar *a nadie, por parte de nadie*; y el derecho de la sociedad a que este valor inviolable de la vida humana se proteja mediante la prohibición penal, con la correspondiente amenaza y sanción de una pena.

Los proyectos de **eutanasia** proponen que haya personas que pueden y deben matar —los *médicos*—, y personas que pueden ser matadas —los que la ley establezca que son “*eutanasiables*”—, si previamente renuncian a su derecho a la vida. En estos casos no habrá homicidio, ni pena, sino “derecho a ser matado” y “deber de matar”. Los “*ciudadanos clase A*”, los “*no eutanasiables*”, sí serían protegidos por la previsión y penalización del delito de homicidio.

- En el delito de **determinación o ayuda al suicidio** —artículo 315 del Código Penal—, queda clara la *irrenunciabilidad o indisponibilidad* del derecho a la vida (Langon, 2018, 821). Aunque se renuncie, los terceros siguen con el deber de no matar y de no ayudar al suicidio —lo cual muestra que no hay derecho al suicidio: si no, no sería delito ayudar a cumplir un derecho—.

Con el suicidio médicamente asistido se plantea, respecto a este delito, la misma discriminación recién analizada: los “*no eutanasiables*” tendrían vida irrenunciable y, por tanto, entrarían dentro de la protección del delito de asistencia al suicidio; los “*eutanasiables*”, tendrían vida renunciable, no protegida por este delito.

- Finalmente, también queda clara la irrenunciabilidad del derecho a la vida en el artículo 37 del Código Penal —**homicidio piadoso**—: el homicidio ante súplicas reiteradas de la víctima es delito de homicidio —está prohibido como *delito*—, aunque el juez, juzgando en el caso concreto los *móviles de piedad* del victimario, *puede exonerarlo de castigo*. No se plantea ninguna discriminación con respecto a la víctima: no se prevé que esté en una determinada categoría —que, por ejemplo, deba tener determinada patología—. Además, la acción sigue estando prohibida como delito. Lo que se analiza, en el caso concreto —para no dar un permiso previo, general, para matar—, son los *móviles* del victimario, que pueden determinar que no se le aplique una pena.

Con los proyectos de **eutanasia**, *no importan los móviles* del médico. Podrían no ser de piedad —ninguno de los proyectos lo exige—. Es más: los motivos podrían ser espurios —ninguno de los proyectos exige lo contrario—. Lo que *importa* es la calidad de la *víctima*,

que determina que sea considerada por la ley como *vida sin valor social*: solo vale si el “eutanasiable” la valora; tiene un valor relativo —precio—, porque depende de ser valorada, y no un valor inherente, absoluto, que exija valoración incondicional.

Por su parte, las **leyes** que consagran y regulan los **derechos de los pacientes** —tanto la N° 18.335 como la Ley de *Voluntades Anticipadas*, la N° 18.473 y la correspondiente ley que sanciona el *Código de Ética del Colegio Médico*, la N° 19.286—, protegen esa **igual dignidad** de toda persona que determina que su vida tiene siempre valor inherente de dignidad: es lo más valioso y, por eso, merece ser valorada hasta el final natural de su vida. Por eso el **derecho a morir dignamente** exige —según el artículo 17 de la ley sobre el derecho de los pacientes—:

- en primer lugar, morir “*en forma natural*”, “*evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia)...*”.

El proyecto de ley de eutanasia, presentado en diciembre pasado, propone modificar este artículo 17 de la ley de derechos de los pacientes, eliminando esos pasajes. ¡Se pretende derogar el derecho a morir “en forma natural”! —es curioso, ¿no?—, violando el primer principio de la ética médica, que es el de no maleficencia —“*primum non nocere*”—, que implica primero no dañar, no causar un mal. El peor mal, que priva de todos los bienes —derechos—, dañando a la persona, es la muerte.

La misma prohibición, desde la ética médica, está contenida en el artículo 46 del Código de Ética Médica. Entonces, también se deroga ese artículo. El legislador, ingresando a un ámbito que no le compete, establece que la eutanasia deja de ser “*contraria a la ética de la profesión*” médica. El legislador sólo puede extender a todos los médicos esas normas éticas que establezcan los médicos, a través de la obligatoriedad de la inscripción en el Colegio Médico, pero no puede ser él quien establezca o modifique esas normas éticas, porque no tiene competencia más que para establecer o derogar normas jurídicas. De lo contrario, violaría el artículo 10 de la Constitución, y la libertad de asociación del artículo 39 (Velasco Suárez, 2022, julio).

El Parlamento no tiene potestad para introducir estos cambios por contrariar la Constitución y los derechos humanos

En cuanto a su relación con los principios constitucionales fundamentales, se puede decir que los proyectos de ley de eutanasia pretenden una extralimitación del **principio de autonomía** del paciente. Es decir: se pretende que éste no solo tenga derecho a que el médico *no le haga acciones* que considera que son convenientes, según el *principio de beneficencia* —éste tiene que estar siempre limitado por el principio de respeto a la autonomía del paciente—, sino que tenga derecho a que el médico *le haga acciones* que, según el *principio de no maleficencia*, y conforme a las leyes del arte de la profesión médica, causan un perjuicio a su salud y a su vida. Se pretende imponer la voluntad del paciente al deber del médico de no dañar, violando el principio “*primum non nocere*”: lo primero es no dañar (Velasco Suárez, 2022, julio).

Se plantea un nuevo paradigma: la autonomía por sobre el deber de no dañar. El pedido de eutanasia, si es libre, generaría el deber del médico de matar, porque toda persona sería dueña de su vida y tendría derecho a disponer de ella.

Sin embargo, **no hay ley de eutanasia que establezca el derecho de toda persona, sin discriminación, a disponer de su vida y a renunciar a no ser matada**, y que determine el **deber de los médicos de matar a toda persona que se lo pida libremente**.

Si existiera una ley así, obviamente se negaría la dignidad de todas las personas: todas serían cosas que no valen para la sociedad y que solo valen si ellas se valoran. No habría derechos humanos inherentes que dependan solo de ser “humano”; por eso, todo derecho podría renunciarse y perderse.

Paradójicamente, invocando como fundamento la libertad, **sólo se permite renunciar al derecho a la vida a quienes tienen más condicionada su libertad**: es decir, a quienes, por el sufrimiento insoportable, tienen viciado su consentimiento y forzada su voluntad para optar por lo que se les presenta como única forma de terminar con el sufrimiento: terminar con su vida. La renuncia y el acuerdo con el médico *se basan en una voluntad viciada, no libre, por un estado de necesidad y de sufrimiento, en el que no ve otra opción*.

En cambio, si el que pide la eutanasia es una persona joven, sana, autónoma, productiva, o que se puede sanar y puede recuperar la autonomía..., es decir, *alguien* que claramente es *más libre* porque tiene más opciones y no tiene un sufrimiento objetivamente insoportable que lo fuerce en su decisión..., aunque sea más libre, no se lo debe matar: *no es eutanasiabile*. *¿Por qué no se permite dar muerte a quien lo pide más libremente? Porque la sociedad, en la misma ley de eutanasia, valora su vida*. Su vida es irrenunciable. Si el médico lo mata, comete delito de homicidio, porque su vida es de orden público; es un bien jurídico tutelado penalmente por la sociedad.

La eutanasia supone siempre, primero, un acto del legislador en representación de la sociedad: la **eutanasia social**, el acto por el que toda la sociedad considera que hay vidas sin valor social, que hay personas sin dignidad inherente, y que no tienen derechos humanos, porque su derecho humano principal no depende de que sea humano, sino de que sea sano, joven, autónomo y productivo. Entonces, es una ley que **discrimina** y categoriza entre ciudadanos “clase A”, que la sociedad valora, y ciudadanos “clase B”: los “eutanasiables”.

En realidad, **todos dejaríamos de ser dignos para la sociedad**. En lugar de ser “todos iguales en dignidad y derechos humanos”, como dice la Declaración Universal de Derechos Humanos, seríamos “todos distintos en valor social, sin dignidad y sin derechos humanos”. No tendríamos un valor máximo inherente por ser seres humanos —no tendríamos dignidad—, sino que tendríamos un *mayor o menor valor social* —un precio social—, según el grado de juventud, autonomía —libertad fáctica—, productividad, salud...; y un *mayor o menor valor individual subjetivo*, según la apreciación de cada uno de su propio valor. **Ninguno tendría derechos humanos**, es decir: derechos que le correspondan por ser humano; sino que su principal derecho, que es la condición de todos los demás, su derecho a la vida, le correspondería por esas otras condiciones: ausencia de sufrimiento, enfermedad, vejez, dependencia..., más su propia valoración.

Incluso, cambiando el significado de las palabras, se pasa a llamar “dignidad” a esta apreciación subjetiva de la propia indignidad, a esta libertad o autonomía para decidir si mi vida vale o no vale. **La dignidad deja de ser inherente e igual para todo ser humano**, para pasar a ser algo variable y subjetivo, que es diferente para cada uno.

Y aquí llegamos a la cuestión central: **¿es esta la igual dignidad inherente de todo ser humano que menciona la Declaración Universal de Derechos Humanos?** No, porque ni es igual para todos, ni es inherente —no es inseparable de la esencia o condición humana—, *ni es irrenunciable, ni puede generar ningún deber* en los otros... (¿por qué tengo yo que valorar al otro según sus valores?; ¿no soy tan libre como él?; ¿no tengo la misma libertad de conciencia para juzgar sobre lo que yo valoro? ... se cae todo el fundamento del derecho) (Velasco Suárez, 2021, 79-89).

Lo que sucede es que se confunde la dignidad con el fundamento de la dignidad. El consenso al que se arribó en 1948 no llegó a cuáles eran los fundamentos de la dignidad, sino sólo a que todos reconocían que la igual dignidad de todo ser humano era el fundamento de los derechos humanos, la base de la paz y de la justicia entre las naciones, y el punto firme y objetivo, a partir del cual se podía llegar a una ética y un derecho universal. [Se deforma el concepto de autonomía que Kant dio para fundamentar la dignidad, tomando una autonomía fáctica, no esencial, cuando él habla del respeto a “la humanidad” que hay en cada uno (2008, 283); pero además, se identifica este *fundamento* de la dignidad con el *concepto* mismo de dignidad, de un modo más radicalmente contrario al concepto de dignidad de Kant y de la Declaración de la ONU (Pallares, 2020, 206-208), haciendo que la dignidad pase a ser variable de una persona a otra, relativa a la valoración de cada persona, y no inherente].

Consideramos que la autonomía y la libertad son capacidades esenciales del ser humano, que manifiestan su dignidad.⁵

⁵ Todos somos esencialmente libres, en el sentido de que todos los seres humanos tenemos la *potencialidad esencial (igual para todos)*, de elegir libremente. Pero no todos tenemos la misma libertad fáctica: el mismo poder para elegir y actuar según esa elección, sin condicionamientos externos.

La causa de la hipertrofia de la autonomía radica en que se considera que el fundamento de la dignidad es la libertad fáctica: el poder que, en los hechos, una persona tiene de elegir y actuar según su elección, sin influencias externas. La consecuencia es que, quien no es autónomo, no sería digno.

No compartimos este fundamento de la dignidad. Sólo la libertad esencial puede considerarse fundamento de la dignidad.

Pero, de todas formas, no es necesario plantear cuál es el fundamento de la dignidad. Sobre este punto, no hubo consenso en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Sólo hubo consenso en *reconocer* —no otorgar— la *igual dignidad inherente o intrínseca* de todo ser humano, como fundamento de sus iguales derechos humanos. Y, aunque no se consensuó cuál fuera el *fundamento*, sí hubo un acuerdo mínimo respecto a qué significaba “dignidad” y “derechos humanos”. El contenido esencial mínimo implicaba reconocer que la dignidad —y los derechos humanos que la expresan— es algo “inherente” o “intrínseco”, propio de “todos los seres humanos”, e “igual” para todos ellos; y que, por ello, es “inalienables”: no puede perderse, no puede un ser humano dejar de ser portador de esa dignidad y esos derechos. Y esta “concepción común” fue considerada “de la mayor importancia para el cumplimiento” del “compromiso” de los “Estados Miembros” de “asegurar” “el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre” —según términos del Preámbulo—.

Ahora bien: tal concepción es incompatible con la que pretende identificar la dignidad con la autonomía o libertad fáctica: 1°) porque esta *no es inherente*, sino que depende de circunstancias externas, y puede haber un ser humano con libertad esencial — porque si es humano, pertenece a una especie a la que le corresponde la potencialidad de actuar libremente— pero sin libertad fáctica, sin posibilidad psicológica de elegir entre varias opciones —presionado por un sufrimiento “insoportable”—, ni posibilidad fáctica de actuar según su elección; 2°) porque no es igual para todo ser humano: los calificados como “eutanasiables” tienen menor libertad que quienes no lo son; 3°) porque de esta dignidad no deriva ningún deber: el más “digno” —por más autónomo— no tiene más derechos, sólo tiene más poder].

Y también entendemos —lo establece el artículo 10 de la Constitución— que el respeto a la libertad de cada persona es un deber jurídico [existiendo, por tanto, el consiguiente derecho a la libertad de elección y acción]. Pero sólo se tiene derecho a actuar según la propia elección libre cuando ello no viola los *derechos ajenos* o el *orden público*, como indica el propio artículo 10.

El **orden público** es lo que está constituido por los derechos propios irrenunciables. Y los derechos humanos, en su núcleo esencial, son irrenunciables. La sociedad tiene el deber de reconocerlos y protegerlos a todos por igual, por lo que no puede establecer el derecho a renunciar a un derecho irrenunciable; no puede imponer el deber de violar un derecho humano, y menos si ese derecho es el derecho a la vida: sería considerar que hay personas sin dignidad y sin derechos humanos. La sociedad toda tiene derecho a que se reconozca la igual dignidad inherente de toda persona. Por lo tanto, nadie tiene derecho a que los demás consideren que su vida no es digna o que perdió valor porque él no la valora.⁶

No hay derecho a disponer de la propia vida, a poner fin a la propia vida. ¿Por qué? Porque **la vida no es una “cosa”** de la que puede disponer la persona: la vida **es** la propia existencia (Massini, 1998, 193), **el propio ser personal** que no pierde valor, que tiene valor inherente, y, por ello, no hay derecho a no valorarla y a eliminarla como si fuera una *cosa* sin valor.

La libertad es parte esencial del ser humano. Si no actúa libremente, no se desarrolla humanamente. Pero, en sus actos humanos libres, la persona tiene deberes que cumplir, el deber ético de valorar su dignidad, y el deber jurídico de *respetar los derechos ajenos y el orden público*, que incluye *sus derechos irrenunciables*.

Bajo la excusa del derecho a la libertad, se estaría otorgando la apariencia de un derecho, de respeto a la dignidad, pero, en realidad, sería el **“derecho” a que no le reconozcan ningún derecho, la “dignidad” de considerarse indigno**.

Y eso, reitero, no sería para todos. Paradójicamente, sólo a los más vulnerables, a los que más ayuda necesitan, sería a quienes, con la excusa de una libertad que no tienen, presionados como están por el dolor insoportable, se los estaría considerando como vidas sin valor social, “eutanasiables”. Esto es muy grave en sí, y sus consecuencias están a la vista en los países que legalizaron la eutanasia, en este siglo, y en el pasado.

La libertad, como autonomía fáctica, es variable. La **libertad**, como decisión interior, es **influenciable**. No es verdad que seamos seres autónomos no necesitados de los demás. Si no nos valoran, nos resulta difícil descubrir nuestra dignidad... y la de los demás. Por eso es tan **importante un límite objetivo** como lo es la comprobación de que alguien es ser humano y que por eso es digno. De ese criterio claro se derivan los deberes y correspondientes derechos. Cruzar ese límite claro, ese Rubicón, puede tener consecuencias nefastas.

⁶ El orden público está formado por elementos contingentes y variables, dependientes de lo que establezca la ley en un momento histórico determinado, pero también está constituido por los derechos humanos, pues, como dice el Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos, es “esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho”. Teniendo, además, el artículo 332 de la Constitución, no podrá nunca alegarse la inexistencia de una ley que determine el carácter de orden público (irrenunciable) de un derecho humano. Estos, en su núcleo esencial, son siempre inalienables, irrenunciables y, como tales, deben ser protegidos por el régimen de Derecho positivo.

Así lo señalan Cleaver y Grant (1998), refiriéndose a los juicios de Núremberg en los que se condenó por delitos de lesa humanidad a los médicos que participaron en el programa de Eutanasia T4. Citando al doctor Leo Alexander, quien trabajó como perito médico en esos mismos juicios, y a Robert Jackson, jefe de la fiscalía por los Estados Unidos en Núremberg, dicen que:

Los que investigaron y demandaron esos crímenes aceptaron el hecho de que estos médicos habían sido corrompidos no solamente por la ideología nazi, sino primero [de hecho, no se aplicó inicialmente a los judíos, sino que tenían que ser ciudadanos alemanes: se les reconocía como un nuevo derecho] por la aceptación de un cambio fundamental en la actitud respecto al papel del médico con el enfermo crónico (...).

El doctor Leo Alexander señaló el origen y persistencia de esas ideas a raíz de su experiencia como experto médico en los juicios de Núremberg [y dijo]:

“Cualesquiera que sean las proporciones que estos crímenes finalmente asumieran, es evidente para todos los que los investigamos, que comenzaron en pequeño. Lo primero fue solamente un cambio sutil de énfasis en la actitud básica de los médicos. Comenzó por la aceptación del principio básico en el movimiento pro eutanasia, que existe algo como una vida no digna de ser vivida”.⁷ [Se refiere a la vida sin valor social].

El juez Robert Jackson, jefe de la fiscalía por los Estados Unidos en Nuremberg, hizo una advertencia que no debe perderse en medio de las discusiones, para que la medicina y la sociedad no sean nunca corrompidas legalizando el suicidio asistido por el médico. [Dijo]:

“Un pueblo que ama la libertad encontrará en los registros de los juicios por crímenes de guerra, instrucción sobre los caminos que conducen a tal régimen y los sutiles primeros pasos que deben evitarse”⁸. (Cleaver y Grant, 1998, pp. 16-18, énfasis añadidos)

Muchas gracias.

Preguntas

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- (...)

De acuerdo con lo que expresó varias veces el doctor Velasco —mi pregunta va hacia el fundamento—, si no se puede renunciar al derecho a la vida y no se puede disponer de ese derecho, ¿cómo se podría establecer por ley un derecho a la eutanasia, que es lo que se está planteando?

Además, hay una propuesta de la cátedra de Derecho Penal, como alternativa a los proyectos de eutanasia y cuidados paliativos, de una modificación en el Código Penal en el sentido de establecer una causa de impunidad obligatoria. Algo así entendí. Como el doctor Velasco ha trabajado en esos temas, le pregunto si esa propuesta sería compatible con la dignidad que enfatiza o si también sería incompatible con la dignidad humana.

⁷ Cleaver y Grant citan a Alexander, *Medical science Under Dictatorship*, p. 241, y *New Eng. J. Med.* p. 44.

⁸ Id.

También quisiera saber por qué entiende que la legalización de la eutanasia implica algo así como una especie de eutanasia social —creí entender eso—, en la medida en que puede tener consecuencias en el resto de la sociedad y en los que estarían específicamente en la categoría de quienes pueden pedir la eutanasia.

Por último —puede quedar para después—, me gustaría consultar sobre la objeción de conciencia. ¿Por qué se entiende que, igual, se impone a los médicos un deber de dar muerte, cuando de alguna manera los proyectos establecen la objeción de conciencia?

Gracias, presidenta. (...)

SEÑOR VELASCO (Diego).- Voy a tratar de contestar rápidamente las preguntas.

El **derecho a la vida es irrenunciable**, porque es un derecho humano: si es humano, se tiene por la condición de ser humano. La condición de ser humano se tiene aun después de haber renunciado, con lo cual se sigue teniendo el derecho.

La eutanasia requiere de dos actos. Hay un primer acto que es el de renuncia al derecho a la vida por parte de la persona que la solicita. Antes hubo un permiso para que esa renuncia tuviera valor. Por eso hablaba de eutanasia social: porque la ley no establece que todos los actos de renuncia tengan valor jurídico; la norma sobre la eutanasia establece que solamente los de algunas personas van a tener valor jurídico, lo que le va a hacer perder al médico el deber de no matar y, por lo tanto, a la persona, el derecho a la vida que implica, como núcleo esencial, el derecho a que no me maten.

Entonces, [eutanasia e irrenunciabilidad del derecho a la vida] son incompatibles por eso mismo: porque ya la misma ley estaría estableciendo la renunciabilidad [del derecho a la vida], y el derecho a la vida, como todos los derechos humanos, por ser inherente —unido inseparablemente a la esencia del ser humano—, es irrenunciable.

Después, la persona estaría renunciando [a su derecho a la vida: a que el médico no lo mate].

Luego, estaría siendo juzgada por otra persona. Se habla mucho de la dignidad, pero está siendo sometida a un juicio: el médico cumple la función de juez en el juicio; [un juicio] que no puede hacer ningún otro juez, porque ningún juez puede establecer la muerte: ningún juez es juez de vida y muerte, ya que está prohibida la pena de muerte; pero en este caso el médico, a la luz de la ley, va a tener que juzgar, en el caso concreto, si esa persona encaja dentro de la categoría de “eutanasiable” y si su petición es libre.

Entonces, no se reconoce que no tiene derecho a que no lo maten sino que, al contrario, tiene derecho a que lo maten.

[Pasemos a la segunda pregunta]. La **causa de impunidad** obligatoria [causa exculpatoria], que se planteó por lo que vi en la versión taquigráfica, lo que hace es centrarse en algunas *características* que, [con carácter general, según lo previamente establecido en la ley], debe tener el “*eutanasiable*”. En ese sentido, para mí también es **contrario a la dignidad** de la persona. [En cambio], tal

como está redactado actualmente, el homicidio piadoso no tiene ese inconveniente, porque no establece ninguna condición en la víctima. Se centra en el victimario, en el que está matando, y que lo está haciendo por móviles de piedad. Obviamente, acá estamos hablando de derecho, no de ética. No estoy diciendo que la persona sea culpable por pedir la muerte, ni que el médico sea éticamente culpable por matar, porque puede pasar que —el derecho prevé estas situaciones—, atendiendo la situación interna de cómo fue afectada su voluntad por la compasión, no se le aplique la pena. Pero se tiene que mantener el criterio general para todos de decir: “esta vida valía; pensaste que no, pero objetivamente valía”.

[En cuanto a la pregunta sobre por qué habría una “eutanasia social”, agregaremos brevemente lo siguiente]. La **eutanasia social** quedó clara. [La llamamos así porque, antes que el médico practique la eutanasia, es la sociedad, a través de la ley, la que está “eutanasiaando” a determinadas personas, al categorizarlas como “eutanasiables”. Aún no les “da muerte”, pero, en primer lugar, sí les quita toda la valoración social: esa valoración por la que se considera su vida como bien jurídico tutelado como irrenunciable, de orden público —según las normas penales y de derechos de los pacientes que vimos—; que determina que, aunque ellas no se valoraren, igualmente se las considera valiosas, dignas, manteniéndose el deber de no matarlas a pesar de su renuncia a seguir viviendo. En segundo lugar, ese etiquetamiento discriminatorio de la sociedad es causa de que algunas de esas personas —las más vulnerables— no valoren su vida, y pidan la eutanasia. Por eso también es “eutanasia social”: porque, siendo influenciable la voluntad, la libertad, por la necesidad que tenemos de valoración, cuando, en lugar de recibir tal valoración y ayuda, se recibe esta categorización como vida sin valor por parte de la sociedad, es ésta quien está causando la petición de eutanasia. En tercer lugar, la eutanasia es social porque es la sociedad quien, a través de la ley, establece sus representantes autorizados para juzgar si, en el caso concreto, una persona que pide que la maten es digna o no: a través de la sentencia del médico, es nuevamente la sociedad la que juzga al “eutanasiable” como vida sin valor, descartable, eliminable. Y, en cuarto lugar, la eutanasia es social porque es también la sociedad, a través de la ley, la que establece el deber del médico de “dar muerte”, ejecutando, en representación de la sociedad, esa eutanasia].

[Por último, respondemos a la pregunta sobre la objeción de conciencia]. La **objeción de conciencia** no implica que la persona no tenga el deber jurídico de hacer ese acto con carácter general. Eso es lo que le van a hacer ver a los médicos, que van a tener el deber jurídico —el deber ante el derecho— de matar. Como hay otro derecho, que es un derecho humano fundamental, el de no actuar contra la propia conciencia, con la objeción de conciencia el legislador, más que [establecer] una excepción —porque no establece una excepción a la regla: sigue diciendo que debe matarse y que los médicos deben matar—, [lo que hace es reconocer]: —“Yo no soy competente para determinar su regla de conciencia”. —“Y, como en última instancia las personas actúan en función de su conciencia, no le puedo imponer a esta persona que mate”. “Entonces, no se lo debería sancionar por eso”. Esto es lo que hace la objeción de conciencia: [señalarle al Estado que no tiene potestad para establecer deberes que violen la ley natural que le dicta su conciencia, y solicitar, por tanto, que se reconozca que, para determinar qué debe hacer él, en su caso particular, sólo es competente su conciencia, absteniéndose el Estado de ejercer su poder para hacer cumplir coactivamente el deber jurídico general, en ese caso concreto. Es similar a lo que sucede cuando se declara la inconstitucionalidad de la ley: la Suprema Corte, ante un caso concreto, entiende que la Constitución es directamente aplicable a esa situación: no se deroga la ley, sigue rigiendo para los

demás, hasta tanto no interpongan la inconstitucionalidad de esa ley]. Pero en rigor sigue estando obligado jurídicamente⁹. Eso se lo va a hacer ver el paciente.¹⁰

[Vuelvo a completar la respuesta a la pregunta sobre la “eutanasia social”]. La doctora Guedes decía que la ley paraliza la mano del paliativista. Pongo el ejemplo de la situación de una persona que está en el mar, en una situación peligrosa, y se tira el guardavidas a salvarla. Viene la ley desde arriba y le tira un salvavidas de plomo, y se lo ata bien atado. ¿Por qué? Porque le está diciendo: — “No vale la pena tu esfuerzo; tu vida no vale”. Ya le está generando la obligación de plantearse, por lo menos: — “¿no estoy siendo egoísta? ¿No estoy causando demasiados problemas, demasiados gastos, demasiada incomodidad a mi familia?”

Eso que hasta ahora ni siquiera nos lo planteamos, porque consideramos que somos dignos, que merecemos toda la atención y todo el cuidado de los demás, todos, deja de existir como valor social. Porque la persona cuando llega a determinada situación se tiene que plantear si ya es “eutanasiable”. Ese es el ejemplo del salvavidas [de plomo].

Pero, además, [la sociedad, a través de la ley], le da una pistola [al “eutanasiable”], como para que le pueda disparar al guardavidas que se está tirando, que es el paliativista. El guardavidas está acercándose y se le dice: “No te acerques más, porque yo tengo derecho a morirme”. Le impide actuar como lo hacen los paliativistas, haciéndole ver que su vida aún tiene sentido, ayudándolo a reconocer el valor de su vida, de lo que le quede de vida.

En ese sentido, entiendo que la objeción de conciencia no es suficiente para no causar el perjuicio social que se ocasiona. Obviamente, es necesaria para no causar el perjuicio individual a cada médico —que, [gracias a la objeción de conciencia], no va a estar obligado—.

⁹ Sería más adecuado afirmar que permanece el deber jurídico con carácter general. Como el deber de dar muerte al “eutanasiable” que lo pide según las formalidades de la ley sería un deber establecido *por la sociedad, para los médicos*, éstos tendrían, en cuanto ciudadanos —por formar parte de esa sociedad—, ese deber jurídico positivo, impuesto por la sociedad por medio de la ley, “en favor” de los “eutanasiables”. Tal deber jurídico positivo sería contrario al deber ético profesional que tienen los médicos en cuanto médicos —viola el artículo 46 del Código de Ética del Colegio Médico—, y también sería contrario al deber ético natural que tiene toda persona, en cuanto ser humano, que puede descubrir con su razón natural —en el juicio de su conciencia— que el “eutanasiable” es un ser humano y, por tanto, digno: por lo cual, debe querer (deber ético) que sea —que exista, que viva— y que sea todo lo que pueda ser según su naturaleza humana; y debe actuar en consecuencia (deber ético y jurídico natural): haciendo o no haciendo aquello que su dignidad exija para lograr su desarrollo.

Así como, en el ámbito de la ética médica, el legislador debería reconocer su incompetencia —y no derogar, como pretende, la prohibición ética profesional de los médicos respecto a la práctica de la eutanasia—, así también debe reconocer —y lo hace— su incompetencia para mandar hacer a una persona algo contrario a lo que su conciencia le indica que no debe hacer.

¹⁰ Y así como se alega que los supuestos “beneficiarios” de este “derecho” a la eutanasia no pueden ser “rehenes” de un colectivo médico, sino que éstos deben cumplir sus deberes “jurídicos” en su calidad de ciudadanos, también se alegará que tampoco pueden quedar como rehenes de la conciencia personal que tienen los médicos en cuanto seres humanos.

Entonces, frente al interés individual del “eutanasiable” que pide al médico que “le dé muerte”, éste aparecerá como un mal ciudadano que no quiere cumplir con su “derecho”.

Es el problema de pretender crear “derechos prestacionales”: que éstos requieren un sujeto obligado con un deber correspondiente. La libertad de uno determina la limitación de la libertad de otro. Por eso, es contradictorio alegar la libertad o autonomía como fundamento de estos derechos prestacionales, pues suponen violar la autonomía o libertad del sujeto obligado. En realidad, el fondo de la cuestión está en que el legislador no puede dictar leyes positivas contrarias a la ley natural: no puede establecer derechos que exijan una acción contraria a los derechos humanos.

Con estas leyes, quien cumple la ley natural, quien respeta los derechos humanos, termina siendo sancionado, por la sociedad que estableció esa ley positiva violatoria de los derechos humanos, como “anti derecho”.

Por otro lado, [la previsión legal de la objeción de conciencia es un argumento adicional que pone de manifiesto que la eutanasia no es un derecho humano. En efecto, según] ese criterio de que todo derecho tiene un deber correspondiente, como la eutanasia se define como “un dar muerte por parte de un médico”, si los médicos tuvieran el derecho humano de no matar en función de su objeción de conciencia —que lo tienen—, entonces, no habría un derecho a ser matado por un médico.

¿Se entiende? Es un absurdo que se plantee, más como derecho humano, el derecho a la eutanasia, cuando existe el derecho humano contrario. Existe el derecho [—derecho-deber—] humano de no matar, luego: no existe el derecho humano a que me maten. De hecho, la objeción de conciencia siempre tiene como límite que el deber del que se trate, del que se está eximiendo al médico, no tenga mayor relevancia, que no afecte a los derechos humanos. Si se violara un derecho humano, yo no puedo oponer la objeción de conciencia. [Por ejemplo,] para torturar a una persona: entonces, si me dicen: “—estás violando un derecho humano”, ¿respondo: —“Pero mi conciencia me dice que lo puedo hacer”? No es así. No se puede violar un derecho humano por objeción de conciencia. Por tanto, la prueba más clara de que no es un derecho humano es que se está previendo la objeción de conciencia.

Conclusiones

Una **ley** que establezca un “derecho” a la eutanasia sería **contraria a los principales principios constitucionales**, por lo cual, el Parlamento no tiene potestad jurídica para sancionarla.

Al establecer que hay vidas humanas “eutanasiables”, implicaría una violación al principio de **igual dignidad** de todo ser humano, consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) como fundamento de los derechos humanos y garantía de que no se repitan “actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad” (*Preámbulo DUDH*).

Negaría el **carácter “inherente” de los derechos humanos** (*artículo 72 de la Constitución*), pues habría seres humanos sin el principal derecho humano: el derecho a no ser matado, y correspondiente deber de no matar.

Violaría el **contenido esencial mínimo del derecho a la vida** (*artículo 3 DUDH*), primera regla de convivencia de toda sociedad, al señalar que hay personas sin ese derecho: los “eutanasiables” que renuncien a su vida, a quienes otras personas —los médicos— tendrían el deber jurídico de matar.

Implicaría incumplir el **deber del Estado de proteger a todos en el goce de la vida** (*artículo 7 de la Constitución*), derecho cuya protección no hay razón de interés general que pueda justificar su limitación, en virtud de la prohibición absoluta contenida en el *artículo 26 de la Constitución*.

Constituiría una **discriminación entre “eutanasiables” y “no eutanasiables”** contraria al principio de **igualdad** consagrado en el *artículo 8 de la Constitución*.

Supondría la **renunciabilidad de un derecho humano**, en su contenido esencial, negando su carácter inherente (*artículo 72 de la Constitución*).

En cuanto a los **argumentos que se alegan en favor de la legalización de la eutanasia**, en primer lugar, la pretensión de considerar que existe un **“derecho a la eutanasia” incluido en el “derecho a la vida”**, es pretender cambiar el sentido natural y obvio del término “vida” y “derecho”. **La muerte no es vida ni es derecho** (“no existe un *derecho a la muerte*” —Risso, 2005, 528—. En efecto: no es “parte de la vida”, sino su finalización que, si es natural, no implica una acción libre contraria al desarrollo natural de la vida. Y un derecho es una acción u omisión libres que corresponden a una persona en virtud de su dignidad, en la medida en que implican una valoración de esa persona por cuanto esa acción u omisión es necesaria para la existencia y desarrollo de las potencialidades del ser digno. Por ello, “dar muerte” a una persona, en la medida en que objetivamente tiene como finalidad que ella deje de existir, cortando de raíz toda posibilidad de desarrollo, es lo contrario a un derecho: es la negación misma de todo derecho y de la calidad de esa persona como sujeto de derechos.

En segundo lugar, más contradictorio aun es considerar que exista un **“derecho humano” a la eutanasia**, implícito en el artículo 72 de la Constitución. Pues, además de no ser un “derecho” —sino el “derecho a no tener ningún derecho”—, **no se tendría por ser “humano”** —no sería “inherente a la personalidad humana”—, *sino por haber sido calificado socialmente como “eutanasiable”*, es decir, como vida sin valor, sin la dignidad que corresponde a toda persona humana. No sería un “derecho humano” pues **no sería igual para todos**. Y una manifestación clara de que la eutanasia no es un derecho humano es que ésta se define como “derecho a ser matado por un médico”, por lo que exige el deber jurídico de los médicos de matar; y la misma ley prevé que todo médico tiene el derecho humano de la **objección de conciencia**: de no violar su conciencia si ésta le manda no matar. Y **no podría existir** tal objeción *si* implicara **violar un derecho humano** —no se puede *tener el derecho humano de violar un derecho humano*—.

Igualmente, en tercer lugar, es contradictoria la invocación de la **dignidad** como fundamento del supuesto derecho a la eutanasia, y es una deformación abusiva del concepto “dignidad”. En efecto: la *dignidad* —además de **no ser inherente ni**, consiguientemente, **igual** para toda persona **e irrenunciable**: no sería la “concepción” de “dignidad” establecida como mínimo común consensuado y vinculante por la DUDH— se identificaría con la **facultad de considerarse indigno** —su vida, su ser o existencia sería indigna— **y de que la sociedad lo considere indigno**, eliminando el deber de no matarlo. La acción de dar muerte a un ser digno no se consideraría una acción indigna —indebida—. Es más: se la consideraría una acción digna, por haber sido decidida por un ser digno para evitar seguir viviendo sin dignidad; con lo cual, el **sujeto sería, a la vez, digno e indigno**; sería digna —debida— cualquier acción libre, aunque sea contraria a la dignidad de una persona.

En cuarto lugar, se aduce el **derecho a la libertad** (artículo 7 y 10 de la Constitución) como fundamento de la eutanasia: se debería respetar —se alega— la autonomía y libertad de personas psíquicamente aptas que quieren decidir poner fin a su vida; se deben respetar sus convicciones, y no intentar imponerles el valor de una vida que ellos no consideran valiosa; es un acto personalísimo en el que el Estado no debe meterse con prohibiciones que reflejan determinados

valores que no tienen por qué compartir todos en una sociedad laica; y si hay un derecho al suicidio, pues no es delito, no debería ser delito darle muerte a quien lo pide.

Sin embargo, no es verdad que la libertad sea la verdadera justificación: si lo fuera, **debería considerarse “eutanasiables” a todos** los que lo pidan libremente; sin embargo, **sólo** se considera tales a quienes tienen más condicionada su libertad por enfermedades incurables o gravemente incapacitantes, a quienes tienen un sufrimiento que pueda considerarse insoportable: es decir, **a quienes son menos libres**. Si no se trata de una vida “sin valor social” —de alguien ya previamente “eutanasiado socialmente”—, aunque la petición de muerte sea mucho más libre, no se lo considera un derecho, sino un delito de homicidio o ayuda al suicidio.

Por otra parte, con el régimen actual, **no se impone a nadie una convicción**: a quien considere que su vida no vale, no se le impondrá **por la fuerza** la convicción de la dignidad de su vida, **tampoco se le impedirá que se dé muerte mediante la coerción** física (nadie lo atará para que no se mate); es más: tampoco se hará en él **ningún tratamiento fútil** para conservarle la vida artificialmente —ello está prohibido—, ni otros tratamientos a los que él **se oponga**, incluso, mediante una declaración de **voluntad anticipada**, para el caso de que tenga una enfermedad terminal, incurable; incluso si él se resiste a que le hagan un **tratamiento que su conciencia le prohíbe** (como el caso de una transfusión de sangre para un testigo de Jehová), o si **se resiste a alimentarse e hidratarse**, estando consciente, no se lo forzará a ello, a pesar de que tenga el deber de cuidar su salud y su vida (artículo 44 de la Constitución)... En estos dos últimos casos, el paciente **no tiene “derecho”** a estas omisiones: el médico, tiene el deber, calificado en función de su carácter de garante de la salud y vida del paciente de hacer esos actos exigidos por la dignidad y necesidad del enfermo. Pero ese **deber primario** no se puede hacer cumplir forzosamente, mediante la coacción. Y, en el caso del testigo de Jehová, el médico tendrá el deber de respetar el derecho a la objeción de conciencia del paciente, que tampoco estará incumpliendo directamente su deber de cuidar su salud y vida, pues procurará conservarla por otros medios: estará ejerciendo el derecho humano de no hacer lo que su conciencia le prohíbe. En cambio, en el caso del paciente que no quiere alimentarse ni hidratarse (cuando ello es posible y conveniente a su salud y vida), sí está omitiendo una acción debida, con la finalidad directa de atentar contra su salud y vida. Tiene el deber primario, y la sociedad debe hacer todo lo posible para que cambie de decisión, **pero no podrá forzarlo** a ello. Porque la sociedad sólo tiene como finalidad crear las condiciones para que la persona pueda desarrollarse, y no desarrollarlo forzosamente, porque no se desarrollaría como ser humano, porque, para ello, debe actuar humanamente: guiado por su inteligencia y libremente.

Estas condiciones que necesita esa persona para su desarrollo se cumplen si la sociedad hace lo que está de su parte —sin violencia—, para que esa persona valore lo que le queda de su vida, ayudándola en lo que necesite para desarrollar sus potencialidades en esa situación, por el tiempo de vida natural que le quede. En esto consisten los **cuidados paliativos**. Y lo primero que necesita es que no lo maten; y antes, que la sociedad no le diga que su vida no tiene valor social, que sólo la respetarán si él insiste en querer vivir a pesar de que la situación en la que está, según el juicio social, no lo amerita, y por ello le ofrece darle muerte. Esto es lo contrario de lo que merece la objetiva dignidad de esa persona y su extrema necesidad y vulnerabilidad. Lo que merece son los cuidados paliativos.

El deber de valorar su vida no se lo impone nadie: lo exige su propia dignidad. Pero éste es un deber moral, ético, en la medida en que refiere a un acto interno.

En cambio, la prohibición de la acción externa de darse muerte sí es un deber jurídico, que tiene ante toda la sociedad. Porque no somos entes autónomos, aislados, sino interdependientes: necesitamos de los demás y los demás necesitan de nosotros. Somos un bien, **un valor**, y un valor supremo —un ser digno, único, insustituible— **también para los demás**, no sólo para nosotros mismos. Por eso tenemos deberes ante la sociedad, y el primer deber, supuesto de los demás deberes, es vivir: no vivimos sólo para nosotros, sino también para los demás. Esta es la **concepción solidaria y no individualista** de nuestra Constitución (*artículo 44*, por ejemplo). Por eso la vida de cada persona es tutelada por la sociedad como bien jurídico irrenunciable mediante la ley penal, y es parte esencial —como todos los derechos humanos, en su núcleo esencial— del orden público, como derecho irrenunciable.

Este **deber de la sociedad de considerar la vida como un bien de orden público** se fundamenta en lo que es la piedra angular sobre la que se construye todo el derecho, la ética, las relaciones sociales, familiares, la medicina... No es opcional: es un deber, es el primer deber de la sociedad: considerar a todas las personas como **igualmente dignas**, como fines de la sociedad: para crear las condiciones para su pleno desarrollo, porque valora a cada una como digna, es que se organiza la sociedad. Si una persona no valora su vida, nadie le impondrá que lo haga, pero sí se hará lo posible para que, libremente (no hay otra forma de valorar) pueda valorarse. Esta es la primera condición para que pueda superar el sufrimiento: no hay mayor sufrimiento, nada potencia más el sufrimiento, que la ausencia del sentido de la vida, la pérdida de la autoestima. La sociedad comprende su situación, su sufrimiento, pero no comparte su valoración: él es digno, él vale todos los esfuerzos que la sociedad pueda hacer: a eso tiene derecho, no a imponer su convicción sobre la ausencia de valor de su vida, de su ser, de su existencia.

Ciertamente, las acciones privadas que no perjudiquen a un tercero ni afecten al orden público están exentas de la autoridad de los magistrados (*artículo 10 de la Constitución*): el Estado no debe inmiscuirse en ese ámbito de las acciones que no afectan más que al propio sujeto, regulado por la moral, manifestado por su propia conciencia. Por eso, el Estado no impone una valoración, y ni siquiera impone, en este caso, una acción exterior. Pero sí ofrece esa **mínima condición para el desarrollo** de esa persona —para que pueda valorarse, y así pueda querer su propio ser y su desarrollo—: **decirle que es digna, que su vida tiene un valor supremo y por ello debe ser valorada**, y expresarlo mediante la consecuencia exigida por tal dignidad que es la **prohibición de darse muerte, y la prohibición de que le den muerte**.

No hay un derecho al suicidio, está prohibido en el artículo 44 de la Constitución. No está previsto como delito —lo cual es discutible, porque la norma penal tiene siempre un valor social pedagógico al señalar los bienes jurídicos tutelados por la sociedad como fundamentales—, porque no tiene sentido y es contraproducente amenazar con una pena al eventual suicida —sólo incentivaría la efectividad del intento suicida—, pero está penalizada la ayuda al suicidio, precisamente porque éste no es un derecho.

La vida, como todo derecho humano —en su núcleo esencial—, **es irrenunciable**: ello significa que la sociedad sigue obligada por el deber de no matar —como primera manifestación de la valoración de la dignidad de la persona— aun cuando una persona, por no considerarse digna, haya renunciado a seguir viviendo: tal renuncia no cambia la relación jurídica básica que tiene con todas las demás personas. Por consiguiente, la libertad, como derecho, no puede incluir la libertad —potestad de hacer cambiar esa relación jurídica fundamental: derecho a la vida —a no ser matado— y prohibición de no matar —salvo que sea necesario para defender otra vida igualmente digna injustamente atacada—. Si la vida no es renunciable, prima sobre la libertad de renunciar a ella.

La vida es el mismo ser digno, la misma existencia personal. **No es una “cosa” de la que se pueda disponer**. Es digna: es fin de las acciones libres de toda la sociedad.

Las **consecuencias** que se derivan del cambio en estos principios fundamentales quedan patentes por el valor que vimos que tiene esta **igual dignidad inherente** de toda persona, para la construcción de una **sociedad solidaria**, que reconoce el valor absoluto e incondicional de cada persona, que considera que todos tienen iguales derechos humanos, pero necesitan y merecen más ayuda los más vulnerables —porque son igualmente dignos, no menos dignos por ser menos autónomos—, que **no** considera a las personas como **individuos autónomos o islas** que sólo se guían por su voluntad individual, sin que ésta esté guiada por lo que la inteligencia le muestra como más valioso, sino que entiende que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (artículo 1 DUDH).

Referencias bibliográficas

Cleaver, Cathleen A. – y Edward Grant. (1998). *Lecciones de la más calamitosa experiencia de la historia*. En Willke, J.C. “Suicidio Asistido & Eutanasia – Pasado & Presente”. Hayes Publishing Co. Traducción: Bogotá: Fundación Cultura de Vida Humana.

Constitución de la República -Uruguay-. (1967, febrero 2). <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>

Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas [ONU] (DUDH). (1948). <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Kant, Immanuel. (2008). Traducción de Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho. *La Metafísica de las Costumbres*. Madrid: Ed. Tecnos, 4ª edición.

Langon Cuñarro, Miguel. (2018). *Código Penal Uruguayo y leyes complementarias comentados*. Montevideo: Universidad de Montevideo.

- Ley Nº 9.155: *Código Penal (Uruguay)*. (1933, diciembre 4). Actualización de la versión oficial publicada el 26-10-1967.
<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933>
- Ley Nº 18.335: *Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud (Uruguay)*. (2008, agosto 26). Diario Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Ley Nº 18.473: *Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales (Uruguay)*. (2009, abril 3). Diario Oficial.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18473-2009>
- Ley Nº 19.286: *Aprobación del Código de Ética Médica (Uruguay)*. (2014, septiembre 25). Diario Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19286-2014/20>
- Massini, Carlos Ignacio.(1998). El derecho a la vida en la sistemática de los derechos humanos. *El derecho a la vida*. En Massini, C.I. y Serna, P. (Eds.), J. Finnis, G. Kalinowski, A. Ollero, V. Possenti y R. Spaemann. *El derecho a la vida*. Pamplona: EUNSA.
- Pallares Yabur, Pedro de Jesús. (2020). *Un acuerdo en las raíces. Los fundamentos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (De Jacques Maritain a Charles Malik)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Risso Ferrand, Martín. (2005). *Derecho Constitucional* T. 1. Montevideo: FCU.
- Sentencia nº 525. (2000, diciembre 20). Suprema Corte de Justicia (Uruguay). <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=239294>
- Sentencia nº 365. (2009, octubre 19). Suprema Corte de Justicia (Uruguay). <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=239346>
- Sentencia nº 826. (2014, setiembre 24). Suprema Corte de Justicia (Uruguay). <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=1017375>
- Sentencia nº 250. (2015, octubre 7). Suprema Corte de Justicia (Uruguay). <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=1017375>
- Sentencia nº 435. (2016, octubre 17). Suprema Corte de Justicia (Uruguay). <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=1017375>
- Sentencia nº 550. (2021, noviembre 22). Suprema Corte de Justicia (Uruguay). <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=1017375>
- Spaemann, Robert.(1998). Sobre el concepto de dignidad humana. *El derecho a la vida*. En Masini, C.I. y Serna, P. (Eds.), J. Finnis, G. Kalinowski, A. Ollero, V. Possenti y R. Spaemann. *El derecho a la vida*. Pamplona: EUNSA.

Velasco Suárez, Diego. (2021). *Eutanasia y dignidad. Perspectivas jurídica, filosófica, sociológica e histórica de un debate.* Montevideo: FCU.

Velasco Suárez, Diego. (2022, julio). *Sobre la modificación del Código de Ética Médica mediante la ley de eutanasia y suicidio médicamente asistido* (inédito).

Eutanasia y Derechos Humanos: la evidencia internacional

Sofía Maruri Armand-Ugón¹

1. Introducción

El debate sobre el final de la vida ha llegado a la agenda política en numerosos países. Si bien son pocos los que han legalizado la eutanasia y el suicidio asistido al día de hoy, son muchos los que están presentando proyectos de ley para regularizar estas prácticas.

En Uruguay se presentó un proyecto de ley para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido en marzo de 2020, unos días antes de la llegada del Covid-19 al país. De momento, tanto la eutanasia como el suicidio asistido constituyen delito en Uruguay. Esto se puede ver en el artículo 310 del Código Penal (1933), que consagra la figura del homicidio (dentro de la cual entra el acto eutanásico), y en el artículo 315 del mismo cuerpo normativo, que tipifica el delito de determinación o ayuda al suicidio. Está, también, el artículo 37 del Código Penal, que prevé la figura del homicidio piadoso, dándole al juez la facultad de *“exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”*. Además, el artículo 46 del Código de Ética Médica, aprobado por la Ley 19.286 (2014), prevé que la eutanasia es un acto que va en contra de la ética médica.

En el presente artículo se tratará el tema de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido desde una perspectiva de los derechos humanos. En el primer apartado, se hará un análisis sobre qué dicen los Tratados Internacionales de Derechos Humanos y los órganos encargados de supervisarlos e interpretarlos, respecto de esta temática. En el segundo, se hará un estudio del derecho comparado, que tendrá como fin hacer un recorrido por los países que han regulado estas prácticas en sus derechos internos. Finalmente, se dará a conocer qué está pasando en estos países y se explicará el concepto de la pendiente resbaladiza, haciéndose especial énfasis en las consecuencias que tienen estas regulaciones en los ordenamientos jurídicos internos y en el respeto de los derechos humanos fundamentales.

2. Derecho Internacional

a. Tratados Internacionales de Derechos Humanos

En este primer apartado se tratará el tema de la eutanasia y el suicidio asistido mirando qué es lo que dicen los Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Uruguay y los órganos encargados de interpretar dichos tratados. A su vez, se determinará qué responsabilidad tienen los Estados frente a la legalización de estas prácticas.

¹ Abogada. Master's in International Human Rights Law, University of Oxford (Reino Unido). Profesora de Derechos Humanos en la Facultad de Derecho de la Universidad de Montevideo (Uruguay). Correspondencia: m.maruri@um.edu.uy

Una breve explicación sobre cómo es la normativa internacional en materia de derechos humanos, será útil para entender la cuestión. Según Hugo Ramírez y Pedro Pallares (2011, 108-109), los documentos internacionales de derechos humanos, en específico los tratados, suelen tener cuatro partes:

1. El listado de derechos que se reconocen o su contenido normativo. Por ejemplo: “todo individuo tiene derecho a la vida”.
2. Las obligaciones del Estado respecto a esos derechos. Por ejemplo: “el Estado tiene el deber de respetar el derecho a la vida de cada uno de sus habitantes”.
3. Una estructura “remedial” o los recursos que se pueden interponer en caso de incumplimiento de esa obligación por parte del Estado. Por ejemplo: en caso de ver violado el derecho a la vida, un individuo puede iniciar una acción o reclamo frente a algún organismo internacional, como son la Organización de Estados Americanos o las Naciones Unidas.
4. El establecimiento de un organismo que supervise el cumplimiento del tratado por parte del país. Por ejemplo: el Comité de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas, órgano encargado de vigilar que cada uno de los estados que firmó el Tratado de Derechos Civiles y Políticos esté dando cumplimiento a lo establecido en el mismo.

Estos autores entienden que el contenido jurídico de dichos documentos implica tanto reconocer las exigencias de la dignidad de la persona –por ejemplo, el derecho a la vida o a la vivienda digna–, como delimitar la acción del Estado respecto a esas exigencias –no violar esos derechos, adoptar medidas apropiadas para efectivizarlos, etc.–; además de establecer mecanismos para demandar judicialmente el cumplimiento de esas obligaciones. De esta forma, se puede diferenciar: el derecho enunciado (contenido normativo), las obligaciones del Estado respecto al mismo y los mecanismos jurisdiccionales para hacer efectivo el deber del Estado en relación con el derecho (Ramírez y Pallares, 2011, 112).

En cuanto al derecho enunciado o contenido normativo, uno puede preguntarse: ¿hay alguna norma de Derecho Internacional que regule la eutanasia? ¿Y el suicidio asistido? ¿Qué dicen los tratados internacionales respecto de estas prácticas? ¿Existe un “derecho a morir”? ¿Qué dicen los organismos internacionales encargados de supervisar e interpretar esos tratados? ¿Qué responsabilidad tienen los Estados respecto a la legalización o no de estas prácticas?

b. ¿Qué dicen los tratados internacionales respecto de la eutanasia y el suicidio asistido?

Nada dicen los Tratados Internacionales de Derechos Humanos respecto de la eutanasia y el suicidio asistido. No existen normas en el Derecho Internacional que consagren un derecho a matarse, a matar o a ayudar a matarse. Por el contrario, estas prácticas serían más bien violaciones al primer derecho, la vida, que sí está regulado en varias declaraciones, pactos y convenciones. Veamos algunos ejemplos.

En el marco de Naciones Unidas se encuentran:

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966², que en su Artículo 6 (1) establece que: *“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”*.
- La Convención sobre los Derechos del Niño de 1990³, que en su Artículo 6 (1) dice que: *“todo niño tiene el derecho inherente a la vida”*.
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2008⁴, que en su Artículo 10 reza: *“Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás”*.

En el marco de la Organización de Estados Americanos está:

- El Pacto de San José de Costa Rica de 1969, que en su Artículo 4 establece que: *“[t]oda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”*.

De las disposiciones legales expuestas anteriormente se deduce que las leyes internacionales de derechos humanos defienden el derecho a la vida. Este derecho a la vida no puede, por definición, incluir un derecho al resultado diametralmente opuesto: la muerte (Tompson y Kuby, 2018). De este modo, resulta evidente que el llamado “derecho a morir” no tiene base en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

El derecho a la vida que reconocen los tratados internacionales de derechos humanos es un derecho absoluto, indisponible, ilimitado e irrenunciable. Así lo entiende la Suprema Corte de Justicia uruguaya, así está consagrado en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, y así es como lo interpreta el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas.

La doctrina y la jurisprudencia hablan de derechos absolutos, como son: la vida, el encontrarse libre de tortura o de una situación de esclavitud. Que sean absolutos significa que no admiten restricción alguna, no pueden limitarse ni dejarse de proteger, ni siquiera con el propio consentimiento. Por eso, una persona ni siquiera con su consentimiento puede violar su derecho a la vida, puede someterse a tortura, o aceptar la condición de ser esclavo. De hacerlo, estaría violando su propia dignidad.

² El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 23 de marzo de 1976.

³ La Convención sobre los Derechos del Niño fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990.

⁴ La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008.

El derecho a la vida es el derecho de los derechos, el corazón de los derechos, porque de él dependen todos los demás. Ningún derecho existe en sí, sino que existe en un sujeto (en una persona viviente, con vida). No hay libertad si no hay vida, no hay privacidad si no hay vida, no hay intimidad si no hay vida.

El fundamento de este carácter absoluto e irrenunciable es que toda vida humana es digna, tiene el máximo valor, por el solo hecho de ser humana, sin importar la raza, sexo, etnia, religión, si la persona está sana o enferma, tal como señala la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) en sus artículos 1 y 2.⁵

Si una persona no valora su vida, si no la considera digna, no deja de ser, objetivamente, vida humana y, por eso, tiene dignidad, tiene derecho a vivir *hasta la muerte natural*. Y los demás tenemos el deber de respetar y valorar a esa persona, a esa vida.

En el debate de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, se plantea la posibilidad de que exista un "derecho a morir". Sin embargo, para que una acción sea un derecho, debe ser algo conveniente para el desarrollo de una persona y conveniente para el orden público. Matar es impedir el desarrollo de la persona y es atentar contra el primer bien jurídico de orden público -es decir, un bien que no sólo lo es para el sujeto, sino para toda la sociedad-. Además, el hecho de uno querer terminar con su propia vida (y, de hecho, poder hacerlo), no hace que esa acción sea un derecho.

En lugar de reconocer un "derecho a morir", los tratados de la ONU rechazan implícitamente esta noción al incluir fuertes protecciones para los enfermos, discapacitados y ancianos, que son las personas más afectadas por la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido (Tompson y Kuby, 2018, 7). Por ejemplo, el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce que: "[un] niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad" (1990).

c. ¿Qué dicen los organismos que interpretan esos tratados?

Firmados los tratados de derechos humanos, hay organismos internacionales que se encargan de hacer un seguimiento del cumplimiento que hacen o no los Estados respecto de las obligaciones contraídas en esos documentos. Uno de estos organismos es el Comité de Derechos Humanos de la ONU, encargado de vigilar y supervisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

⁵ Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 1: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros".

Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 2: "Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía".

Junto con la ausencia de un "derecho a morir" en los tratados internacionales, estos organismos encargados de interpretar los tratados nunca han producido ningún análisis o se han mostrado favorables a la legalización de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. Por el contrario, los órganos de supervisión de los tratados de la ONU han expresado su preocupación con respecto a la práctica de la eutanasia, a pesar de su legalidad en solo una pequeña cantidad de países. Por ejemplo, las Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos sobre los Países Bajos indican que: “[el] Comité sigue preocupado por el alcance de la eutanasia y los suicidios asistidos en el Estado parte. El Comité reitera sus recomendaciones anteriores a este respecto e insta a que esta legislación se revise a la luz del reconocimiento del Pacto del derecho a la vida” (2009).

Otro ejemplo es la Observación General n°36 del Comité de Derechos Humanos, del 3 de septiembre de 2019. Como toda Observación General de los órganos de vigilancia de los tratados, busca precisar, ampliar o “comentar” el contenido de las obligaciones que tienen los Estados respecto a ciertos derechos, y fijar estándares de conducta de los países (Ramírez y Pallares, 2011, 111). Si bien no tiene carácter vinculante, sirve para interpretar los contenidos normativos de los Tratados (en este caso, del derecho a la vida) y para vigilar las acciones que deben realizar los Estados.

El Párrafo 3 de este documento establece que: “[e]l derecho a la vida no se debería interpretar en sentido restrictivo. Es el derecho a no ser objeto de acciones u omisiones que causen o puedan causar una muerte no natural o prematura y a disfrutar de una vida digna. El artículo 6 del Pacto garantiza este derecho a todos los seres humanos, sin distinción alguna...” (Comité de Derechos Humanos, 2019).

De este párrafo puede hacerse un extenso análisis. En primer lugar, especifica que el derecho a la vida es el derecho “a no ser objeto de acciones u omisiones que causen o puedan causar una muerte no natural o prematura”. Podría decirse que, dentro de esas acciones que causan o pueden causar la muerte no natural o prematura, entrarían la eutanasia y el suicidio asistido.

En segundo lugar, habla de “disfrutar de una vida digna”. Hay quienes equiparan eutanasia a muerte digna. En nuestro país, el derecho a morir con dignidad está definido en Ley 18.335, sobre derechos y obligaciones de pacientes usuarios de los servicios de salud, aprobada en 2008. El artículo 17.D) de esta ley establece que muerte digna es: “...el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría”. De esto se deduce que morir con dignidad no equivale a morir por eutanasia, sino a morir de forma natural, en paz y sin dolor.

En tercer lugar, interesa la expresión “sin distinción alguna”, porque las leyes que legalizan la eutanasia distinguen entre vidas dignas (las de las personas sanas) y vidas menos dignas (las de las personas con enfermedades terminales o sufrimientos insoportables); entre vidas que necesitan 100 % de protección y no pueden violarse, y otras vidas: las de las personas con una enfermedad terminal o con sufrimientos insoportables, que no tienen protección al 100 % sino que pueden ser matadas. Esta expresión da luz para entender que toda vida humana es digna y tiene el mismo valor para todos y cada uno, sin distinción. La vida humana tiene un valor por sí misma (tal como

lo establece el preámbulo del Pacto de Derechos Civiles y Políticos): el valor de cada vida es inherente a la persona y no depende de si uno está enfermo o está sano.

Siguiendo con el análisis de la Observación General n°36, el Párrafo 9 enuncia que: “[l]os Estados, al tiempo que reconocen la importancia cardinal que reviste la autonomía personal para la dignidad humana, deberían adoptar medidas adecuadas, sin incumplir las demás obligaciones que les incumben en virtud del Pacto, para evitar el suicidio, en especial entre quienes se encuentren en situaciones particularmente vulnerables” (Comité de Derechos Humanos, 2019). Esta sería una clara referencia a evitar el suicidio médicamente asistido, siendo las personas que lo piden individuos que se encuentran en situaciones de particular vulnerabilidad, por tener una enfermedad incurable o un sufrimiento insoportable.

Por último, el Párrafo 18 establece que: “[l]a segunda oración del artículo 6, párrafo 1, establece que el derecho a la vida ‘estará protegido por la ley’. Esto implica que los Estados partes deben establecer un marco jurídico que garantice el pleno disfrute del derecho a la vida a todas las personas, en la medida en que sea necesario para hacer efectivo el derecho a la vida” (Comité de Derechos Humanos, 2019). Se ve cómo el Comité interpreta que el Tratado manda a los Estados a proteger la vida, no a eliminarla. Una forma de proteger la vida, y de que el individuo pueda disfrutar de ella, es aprobando leyes que permitan el acceso universal a los cuidados paliativos, que ayudan a eliminar el dolor físico y psíquico de las personas que padecen enfermedades terminales y sufrimientos insoportables. La eutanasia y el suicidio asistido, en cambio, eliminan la vida.

Continúa el Párrafo 18 diciendo que “[e]l deber de proteger el derecho a la vida por ley también incluye, para los Estados partes, la obligación de aprobar toda ley o medida adecuada para proteger la vida frente a todas las amenazas razonablemente previsibles, incluidas las amenazas procedentes de particulares y entidades privadas” (Comité de Derechos Humanos, 2019).

d. ¿Qué responsabilidad tienen los Estados al legalizar estas prácticas?

Tal como surge de lo expresado anteriormente, ningún tratado internacional contiene el término eutanasia ni suicidio asistido. Por el contrario, se habla de proteger el derecho a la vida.

El artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que: “[c]ada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” (1966).

De este artículo surge que hay obligación de parte de los Estados de custodiar la vida y de promover medios para curar o para aliviar el dolor (como son los cuidados paliativos). Promover un “derecho a morir”, que viola el derecho a la vida, supone incumplir con las obligaciones que los Estados se comprometen a obedecer al firmar ese tratado.

A su vez, el artículo 2.2 del mismo Pacto reza: “[c]ada Estado Parte se compromete a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del presente Pacto, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter” (1966). De aquí se desprende que los Estados asumen tres tipos de obligaciones: el deber de respetar, de garantizar, y de adoptar medidas y establecer recursos efectivos para proteger los derechos. He aquí lo que significa cada uno de estos deberes:

- Respetar implica no violar, abstenerse de vulnerar un contenido normativo ya reconocido, como es el derecho a la vida. Comprende una obligación de *no hacer* cuyo alcance es radical. En este caso, se traduciría en no violar el derecho a la vida, y consecuentemente en no permitir regulaciones que permitan la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido.
- Garantizar supone no sólo respetar sino asegurar la aplicación de los contenidos normativos de los derechos a todos los individuos que se encuentran en el territorio de un Estado y, por tanto, sometidos a su jurisdicción. Comprende una obligación de *hacer*, que en este caso podría traducirse en buscar alternativas para terminar con el sufrimiento insoportable de los pacientes terminales. Un buen ejemplo podría ser una ley que promueva el acceso a los cuidados paliativos.
- Adoptar medidas y establecer recursos implica llevar a cabo prácticas que permitan la efectividad de los derechos, es decir, que faciliten y promuevan el contenido normativo del derecho: el disfrute de la vida.

En definitiva, lo que mandan los Tratados Internacionales de Derechos Humanos es respetar el derecho a la vida. Señala al respecto Gonzalo Aguirre Ramírez que una ley posterior contraria a un tratado ratificado por el país, es un acto legislativo contrario a la Constitución: “una ley contraria a un tratado anteriormente celebrado por el país es un acto contrario a la Constitución, ilegítimo, pues la Constitución ha autorizado al Poder Ejecutivo a suscribir y ratificar tratados, con autorización del Parlamento, sabiendo que estos son normas de Derecho Internacional que obligan al gobierno nacional, que se rige por dicho Derecho y que solo se extinguen en los casos y por los procedimientos previstos por el Derecho Internacional” (Aguirre, 1997, tomo 1, 182). Por lo tanto, una ley que legalice la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido, al ser contraria a los Tratados Internacionales de Derechos Humanos que protegen y mandan custodiar el derecho a la vida, sería también contraria a la Constitución. Si un Estado ratificó estos tratados, tiene un deber de garantizar el derecho a la vida y, en caso de no hacerlo, puede incurrir en responsabilidad internacional.

e. Conclusiones

A modo de conclusión de este primer apartado, se puede decir que no hay ningún tratado internacional que contenga el término eutanasia o suicidio asistido. Tampoco hay ningún documento de derechos humanos que hable de un supuesto “derecho a morir”. Por el contrario,

se habla de proteger el derecho a la vida, derecho que sí está protegido y regulado en numerosos Tratados Internacionales de Derechos Humanos. Estos tratados han sido ratificados por numerosos países y comprenden un deber de los Estados de custodiar la vida y de promover medios para curar.

3. Derecho comparado

a. ¿En qué países está legalizada la eutanasia?

Al día de la fecha, son cinco los países en que la eutanasia es legal: Holanda (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Canadá (2014 solo en Quebec, 2016 en todo el país) y España (2021). También está Colombia, que, si bien no ha promulgado una ley de eutanasia, su Corte Constitucional la despenalizó en 1997, por la vía jurisprudencial.

Casi todos los países comenzaron promulgando leyes que establecían requisitos, como que solo pudieran pedir la eutanasia personas mayores de edad, psíquicamente aptas, con enfermedades terminales. Sin embargo, poco a poco estos requisitos se fueron ampliando, dando lugar a la famosa pendiente resbaladiza.

La pendiente resbaladiza es un razonamiento sobre consecuencias: en este caso, sobre los resultados de la aprobación de una ley de eutanasia y/o suicidio asistido. Se refiere a que la legalización de estas prácticas es un mecanismo que, lentamente, lleva sin remedio a situaciones indeseables o trágicas. Pese a que las actuaciones emprendidas en un principio sean o parezcan insignificantes, inocuas o neutras, las consecuencias no lo serán, desde luego, y por lo tanto es deseable evitar dar el primer paso.

Cuando se habla del argumento de la “pendiente resbaladiza”, los partidarios de la eutanasia suelen presentarlo de forma exagerada, con acentos dramáticos y caricaturescos. Es cierto que algunas veces se ha abusado de él. Aquí se hará referencia a la “pendiente resbaladiza” como un instrumento de análisis, basado en datos históricos extraídos de bases de datos oficiales de los países en que se han legalizado estas prácticas. La idea es sacar a la luz las consecuencias verificables y verificadas de una opción que, en su origen, se consideró pertinente.

A continuación, se realizará un análisis de cada uno de estos países en que se ha legalizado la eutanasia.

- **Holanda**

Fue el primer país en legalizar la eutanasia el 10 de abril de 2001. Aprobada la “Ley de terminación de la vida por solicitud y suicidio asistido”, entró en vigor el 1 de abril de 2002.

Esta establece que pueden pedir la eutanasia personas mayores de edad, de forma “voluntaria y bien considerada”, psicológicamente aptas y que estén padeciendo un sufrimiento “duradero e insoportable”. Para eso, deben consultar a dos médicos.

Los menores pueden solicitar la eutanasia a partir de los 12 años, aunque el consentimiento de los padres o tutores es obligatorio hasta que cumplan 16 años. En principio, los adolescentes de 16 y 17 años no necesitan el consentimiento de los padres, pero los mismos deben participar en el proceso de toma de decisiones.

Luego de que dos sentencias judiciales aprobaran el infanticidio de dos bebés holandeses en 1996 (uno con espina bífida y otro con trisomía 13), se elaboró un protocolo que permite la eutanasia de bebés hasta los doce meses de vida y que rige desde el 2004. Se lo conoce como “Protocolo de Groningen” y establece que, para que proceda la eutanasia, deben cumplirse algunas condiciones como: el diagnóstico y el pronóstico del bebé deben ser ciertos, el bebé debe estar experimentando un sufrimiento insoportable y sin perspectivas curativas, debe haber consentimiento de los padres y de dos médicos más.

Aplicada la eutanasia o realizado el suicidio asistido, los médicos deben notificar a un Comité de revisión que evalúa si el médico ha actuado de acuerdo con los requisitos de la debida atención.

A partir de 2003, la Comisión de Eutanasia holandesa ha publicado informes anuales. En 2016, se registraron 6.091 casos de eutanasia y suicidio asistido, lo que representa el 4 % de todas las muertes (Reporte Anual de Eutanasia, 2016). Estas cifras no incluyen los casos no reportados. Un estudio de The Lancet (2012) que evaluó la notificación de casos entre 1990 y 2010, estima que el 23 % de todas las muertes asistidas no se informaron en los Países Bajos.

- **Bélgica**

Bélgica aprobó la ley de eutanasia para adultos y “menores emancipados” el 28 de mayo de 2002, que luego entró en vigor el 3 de septiembre de 2002. De este modo, se convirtió en el segundo país en tener eutanasia legal en el mundo. La solicitud de eutanasia debe ser voluntaria, llevada a cabo por personas conscientes y legalmente competentes, que tengan un sufrimiento físico o mental, duradero e insoportable, que no pueda ser aliviado. El paciente debe consultar al médico y este deberá hacerlo con un segundo médico.

Realizada la eutanasia, el médico debe informar el caso para su revisión a la Comisión Federal de Control y Evaluación. Esta Comisión está encargada de revisar que el procedimiento se haya realizado de acuerdo a las condiciones y los procedimientos que establece la ley. En caso de irregularidades, esta puede enviar el caso a las autoridades judiciales.

En febrero de 2014, los legisladores belgas ampliaron la ley al convertir a su país en el primero del mundo en permitir la eutanasia de niños que sufren, sin límite de edad. En la actualidad, se requiere el consentimiento de los padres, pero hay movimientos que buscan eliminarlo.

Según el Institut Européen de Bioéthique, el total de eutanasias realizadas en el primer año fue de 24, mientras que en 2019 ascendió a 2.656. Esto, aunque hay estudios que estiman que menos de 1 de cada 4 eutanasias realizadas se reporta como tal (Cohen et al, 2018).

- **Luxemburgo**

El país aprobó en 2009 la “Ley de cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido”. Se puede aplicar solo a mayores de 18 años con una enfermedad incurable que conlleve un dolor insoportable y constante, sin esperanza de mejora. Sin embargo, en 2020 se dio lugar al primer caso de eutanasia por fatiga de la vida y polipatología no grave, en una persona de 96 años.

- **Canadá**

El 5 de junio de 2014 se aprobó la eutanasia solo en la provincia de Quebec. Dos años más tarde, el 17 de junio de 2016, el Parlamento canadiense aprobó un proyecto de ley para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido en todo el país. Lo particular que presenta esta ley es que es la única que no presenta un mecanismo de control.

En junio de 2020 se presentó la “Bill C-7”, una enmienda para ampliar la aplicación de la eutanasia. De este modo, podrían pedirla personas con sufrimientos insoportables, enfermedades mentales o incapaces, como por ejemplo personas con depresión, Alzheimer o síndrome de Down. Esta “Bill C-7” ha sido aprobada por el Senado canadiense en enero de 2021.⁶

Esto ha llevado a que expertos de Naciones Unidas expresaran su alarma ante la creciente tendencia a promulgar leyes que permiten el acceso a la muerte médicamente asistida basándose en gran medida en el hecho de tener una discapacidad o condiciones de discapacidad, incluso en la vejez. Los expertos fueron Gerard Quinn, Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Olivier De Schutter, Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos; y Claudia Mahler, Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos de las personas mayores. El 25 de enero de 2021 emitieron un comunicado en el que manifestaron que “la discapacidad nunca debe ser un motivo o justificación para acabar con la vida de alguien directa o indirectamente” (United Nations Press Releases, 2021).

Además, advirtieron que disposiciones legislativas como esta de Canadá violarían directamente el artículo 10 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que exige a los Estados que garanticen que las personas con discapacidad puedan disfrutar efectivamente de su derecho inherente a la vida en igualdad de condiciones que las demás. Y expresaron que “en ningún caso una ley debe prever que pueda ser una decisión razonada que una persona con una condición de discapacidad que no está muriendo ponga fin a su vida con el apoyo del Estado” (United Nations Press Releases, 2021).

- **Colombia**

En Colombia no es que haya habido una ley que legalice la eutanasia, sino que la Corte Constitucional la despenalizó en 1997, por la vía jurisprudencial. En la sentencia C-239 de 1997, exhortó al Congreso para que “...en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios

⁶ Pueden consultarse noticias al respecto en <https://www.cbc.ca/news/politics/senate-passes-medical-assistance-dying-billc7-1.5954281> y <https://globalnews.ca/news/7703262/canada-senate-passes-bill-c-7/>.

constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna" (Corte Constitucional de Colombia, 1997). Sin embargo, pasaron los años sin que esto ocurriera. La eutanasia permaneció entonces en una zona gris: despenalizada por la Corte Constitucional, pero sin marco legal que la regulara.

Esto fue así hasta el año 2014, cuando, a raíz de otro caso, la Corte Constitucional le solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social que, en un plazo muy corto (30 días), estableciera una guía para que tanto proveedores de servicios de salud como pacientes supieran cómo proceder en relación a la eutanasia (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

Obedeciendo a este mandato y con la ayuda de un equipo interdisciplinario, el Ministerio de Salud estableció los lineamientos de lo que sería la Resolución 1216 del 20 de abril de 2015, cuyo objeto fue proveer *"...directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014"*.

Además, el Ministerio de Salud desarrolló un protocolo para la aplicación de eutanasia, en el que estableció que podrá realizarse solo a personas con enfermedades terminales. Define enfermo terminal a *"aquel paciente con una enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses"* (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015).

- **España**

En España, el Parlamento aprobó una ley para regularizar la eutanasia y el suicidio asistido en marzo de 2021. La ley fue validada en el Congreso de los Diputados con 202 votos a favor, 2 abstenciones y 141 votos en contra. Entró en vigor en junio de 2021.

b. ¿Y en qué países está legalizado el suicidio asistido?

Los países que tienen legalizado el suicidio asistido son Suiza (1942), Alemania (2015), nueve estados de Estados Unidos: Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), Washington D.C. (2016), Colorado (2016), California (2016) y Hawái (2018), Nueva Jersey (2019) y Maine (2019). Western (Australia) y Nueva Zelanda lo aprobaron en 2019 y 2020 respectivamente, pero entró en vigor recién a finales de 2021. El último en sumarse a la lista fue Austria que lo legalizó en enero de 2022.

En todos estos países, se debe ser nacional o residente para poder pedir el suicidio asistido. Sin embargo, no es el caso de Suiza ni el de Oregón: únicos del mundo que aceptan con normalidad que ciudadanos de otros países puedan viajar a morir dentro de sus fronteras en las llamadas "End of life clinics" o "Clínicas del buen morir". Esto genera lo que algunos llaman "el turismo de la muerte". Este fue el caso de David Goodall, un científico australiano de 104 años, que en 2018 viajó

a Suiza para pedir el suicidio asistido porque esta práctica no era legal en su país y ya “estaba cansado de seguir viviendo”.⁷

c. Proyectos de ley presentados

Portugal:

En 2016 se presentó un proyecto de ley para legalizar la eutanasia en Portugal, pero el Parlamento no alcanzó los votos necesarios para sancionarla. En 2020, volvió a presentarse un nuevo proyecto de ley que fue aprobado en enero de 2021 por ambas cámaras en el Parlamento. Sin embargo, aprobada la ley, el Presidente Marcelo Rebelo de Sousa decidió remitirla al Tribunal Constitucional por considerar que contenía conceptos que no estaban claros y parecían inconstitucionales. En concreto, se refería al carácter excesivamente indeterminado del concepto de sufrimiento intolerable y al concepto de lesión permanente de extrema gravedad (Tribunal Constitucional de Portugal, 2021, párrafo 4).

El órgano judicial respaldó la posición del Presidente con la aprobación de siete de los doce jueces que conforman la sala, e indicó que la ley era incompatible con el principio de determinabilidad de la ley, corolario de los principios del Estado democrático de derecho y de la reserva parlamentaria de la ley, que se desprende de las disposiciones combinadas de los artículos 2 y 165, nº1, de la Constitución Portuguesa. Además, señaló que la ley violaba el principio de inviolabilidad de la vida humana, consagrado en el artículo 24 de la misma Ley Fundamental (Tribunal Constitucional de Portugal, 2021, párrafo 9).

Tras ser declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional, el texto fue vetado por el presidente Rebelo de Sousa.

Reino Unido:

En el Reino Unido, Lord Joffe presentó proyectos de ley de muerte asistida en la Cámara de los Lores en 2003, 2004 y 2005. Ninguno de ellos tuvo éxito. En 2009, Lord Falconer propuso modificar una ley para que las personas no fueran procesadas por ayudar a sus familiares a viajar al extranjero a hospitales en los que se practica el suicidio médicamente asistido. La propuesta fue rechazada. Más recientemente, en 2015, la Cámara de los Comunes rechazó el segundo intento de Lord Falconer de presentar un proyecto de ley de muerte asistida, con 330 diputados votando en contra y 118 a favor.

En la cuarta tentativa de proyecto de ley sobre la eutanasia en el Reino Unido, John Walton, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de los Lores, tuvo la buena idea, como médico y buen empirista, de decir: “no podemos forjarnos una opinión sobre la eutanasia si no la vemos en

⁷ Pueden consultarse noticias al respecto en https://elpais.com/internacional/2018/05/02/actualidad/1525246724_910552.html, <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44067941>, <https://www.elmundo.es/salud/2018/05/02/5ae9e1b222601dc0648b4579.html> y <https://www.montevideo.com.uy/Salud/Cientifico-australiano-de-104-anos-viaja-a-Suiza-para-morir-por-eutanasia-uc681990>.

acción”. Así, acompañado por ocho miembros de la Comisión, se desplazó a Holanda, donde acudió a numerosos hospitales, interrogó a médicos y habló con las familias de los pacientes. A su vuelta, declaró que “es imposible poner límites a una legislación sobre eutanasia” (Citado en Montero, 2013, 24).

d. Casos jurisprudenciales

En Italia y Alemania recientes decisiones judiciales han supuesto un paso significativo hacia la legalización indirecta de la eutanasia y el suicidio asistido.

En Italia, el Tribunal Constitucional declaró en 2019 que una disposición que penalizaba la asistencia al suicidio en determinadas circunstancias, era inconstitucional (Tribunal Constitucional Italiano, 2019). La decisión del Tribunal se refería al caso de Fabiano Antoniani, un famoso disc-jockey italiano de 40 años que, con la ayuda de un amigo, viajó a Suiza para someterse a un suicidio asistido tras quedar ciego y tetrapléjico en un accidente de tráfico. Fue una sentencia histórica que consideró que, tras este caso, el suicidio asistido dejaría de ser condenado automáticamente en Italia si la enfermedad causase un “sufrimiento físico o psicológico” que la persona juzga “intolerable”, pero sigue siendo “totalmente capaz de tomar decisiones libres y conscientes”.

En Alemania, el Tribunal Constitucional dictaminó en 2020 que una ley que prohibía los llamados servicios comerciales de suicidio asistido era inconstitucional (Tribunal Constitucional Alemán, 2020), reconociendo así el “derecho a una buena muerte”.

Estas decisiones judiciales están preparando el camino para una intervención legislativa que, en cada una de estas jurisdicciones, probablemente se dirija hacia la legalización de la eutanasia o el suicidio asistido.

e. Consecuencias de la regulación

En todas las jurisdicciones en las que se legalizaron la eutanasia, el suicidio asistido, o ambos, se establecieron regulaciones para prevenir el abuso de su aplicación. Estas medidas incluyeron, entre otras, el consentimiento explícito de la persona que solicita la eutanasia, la notificación obligatoria a las autoridades de todos los casos, la administración sólo por parte de médicos y la consulta con un segundo o tercer médico. Hay evidencia que demuestra que estas leyes y salvaguardas son hoy ignoradas y transgredidas, y que las transgresiones no son seguidas de procesos judiciales formales (Pereira, 2011).

Las investigaciones muestran que, en Bélgica, alrededor del 50 % de todos los casos de eutanasia nunca se declaran oficialmente, por lo que una información precisa aumentaría significativamente las cifras en los informes oficiales (Cohen-Almagor, 2013). El Dr. Marc Cosyns manifestó en una entrevista con el periódico flamenco De Standaard, publicada el 5 de enero de 2014, que generalmente no declara sus casos a pesar de tener la obligación legal de hacerlo, porque considera que la eutanasia es un “procedimiento médico normal” (reportado en Cook, 2014).

El profesor Theo Boer, especialista en ética y miembro durante nueve años de un comité regional de revisión de la eutanasia en los Países Bajos, escribió que la ley de eutanasia presupone (pero no exige) una relación médico-paciente establecida, en la que la muerte puede ser el final de un período de tratamiento e interacción. Sin embargo, los médicos que trabajan en las “Clínicas del buen morir” sólo tienen dos opciones: administrar fármacos que pongan fin a la vida o decirle al paciente que busque otro médico (Boer, 2014). En promedio, estos médicos ven al paciente tres veces antes de administrarle los fármacos para acabar con su vida (Smits, 2015).

En 2007, el profesor Boer estaba convencido de que "no tiene por qué haber una pendiente resbaladiza en lo que respecta a la eutanasia". Según él, una buena ley de eutanasia, en combinación con un procedimiento de revisión de la práctica, proporcionaría la base para un número estable y relativamente bajo de procedimientos de eutanasia. Sin embargo, en 2014, cambió su posición después de haber revisado miles de casos de eutanasia. Escribió un llamamiento público a la Cámara de los Lores británica en el que advertía: "Estábamos equivocados, terriblemente equivocados" (Boer, 2014). Mencionó el aumento en el número de demandas de eutanasia, el desarrollo de las “Clínicas del buen morir” y la evolución que ha tenido el concepto de lo que es la eutanasia: pasó de ser vista como “una excepción” a considerarse un "derecho", con los correspondientes “deberes” de los médicos de aplicarla.

Si se observa la evolución en Bélgica y en los Países Bajos, parece inevitable que la disponibilidad de la eutanasia legal estimule la demanda y los pedidos de muerte. La demanda, originalmente limitada a los casos de sufrimiento físico extremo, termina ampliándose rápidamente a casos de sufrimiento físico no extremo, mental y psicológico, e incluso a casos de personas físicamente sanas con síntomas de vejez (Tompson y Kuby, 2018, 22).

Con esta evolución, parece justificado preguntarse si la disponibilidad de la eutanasia a petición no se convierte finalmente en un deber de no ser una carga para la sociedad, la familia y el sistema sanitario en caso de enfermedad, sufrimiento y necesidad de atención médica continua (Tompson y Kuby, 2018, 22).

4. La pendiente resbaladiza

Por “pendiente resbaladiza” se entiende el hecho de que las leyes relativas a la eutanasia o al suicidio médicamente asistido crean las condiciones para una progresiva ampliación de las condiciones de aplicación de estas prácticas para terminar con la vida, y entrañan la aceptación de prácticas que el legislador no quería permitir al inicio, o una evolución hacia actuaciones manifiestamente ilegales (Montero, 2013, 44).

Todo buen jurista sabe que desde el instante en que se toma la decisión de abrir una puerta, por pequeña que sea la rendija, se acepta a la vez el riesgo de que esa puerta se abra más. No cabe entonces entreabrir una puerta sin aceptar también todas las consecuencias que esa decisión pueda entrañar. Una vez dado el primer paso, se desencadenará un proceso difícil de controlar y la pendiente llevará al desastre.

En la obra “Seduced by death”, Herbert Hendin sostiene que Holanda ha evolucionado “desde la eutanasia para enfermos terminales hasta la eutanasia para enfermos crónicos, desde la eutanasia para enfermedades físicas hasta la eutanasia para enfermedades psicológicas, y desde la eutanasia voluntaria hasta la no voluntaria y la involuntaria” (2009, 156).

Una vez despenalizada la eutanasia (o el suicidio asistido) bajo ciertas condiciones “exigentes” o “rigurosas”, es lógico que se desarrolle la tendencia a considerar como similares algunas situaciones muy próximas, incluso “ligeramente distintas”, y apelar a los principios de igualdad y “no discriminación” para reivindicar ese “derecho” (Montero, 2013, 50). Y eso es a lo que se refiere la “pendiente resbaladiza”, también conocida como efecto dominó, bola de nieve o caja de pandora.

Alcanza con poner algunos ejemplos. Si se admite la eutanasia únicamente de personas mayores, hay que esperar que, tarde o temprano, se alcen las voces de quienes consideran ese límite como arbitrario y fuente de discriminación injustificada. ¿Qué diferencia objetiva y razonable hay entre un mayor de 18 años y un menor de 17, si ambos padecen sufrimiento constante e insoportable? Esto es lo que pasó en Bélgica que hoy admite la eutanasia de menores de edad.

A su vez, si se admite la eutanasia solo para personas psíquicamente aptas, que son “libres para decidir sobre su propia vida”, bastará que haya personas incapaces o con enfermedades mentales que se encuentren sufriendo, para que también pasen a ser incluidas dentro de quienes pueden pedir la aplicación de una inyección letal para terminar con su vida. Esto es lo que se aprobó este año en Canadá.

También, de la consagración del derecho a formular una petición de muerte por uno mismo, podría pasarse peligrosamente a la introducción de una especie de derecho a “pedir la muerte de otro” (Montero, 2013, 55). De esta forma, se alejaría la motivación inicial de la ley de eutanasia que era el respeto de la autonomía del paciente al afrontar el final de su vida. Ejemplo es el de Holanda y su protocolo para matar bebés de hasta 12 meses, a decisión de la familia y el médico.

En definitiva, el estudio de las legislaciones de eutanasia y/o suicidio asistido y las experiencias en todos estos países demuestran que, no importa cuán estricta esté diseñada la ley, es inevitable que termine desprotegiendo a los miembros vulnerables de la sociedad, así como a los médicos y a la sociedad en general. Los ejemplos mencionados anteriormente muestran cómo crece la demanda de eutanasia una vez legalizada. También evidencian cómo las leyes y salvaguardas que en un principio parecían seguras, suelen ser ignoradas y transgredidas, y cómo esas transgresiones rara vez son procesadas, incluso cuando salen a la luz.

Bibliografía

Aguirre Ramírez, Gonzalo. 1997. *Derecho Legislativo*. Tomo I. Montevideo: Fundación de Cultura.

Boer, Theo. 2014. *Assisted dying: don't go there*. UK: Daily Mail.

Cohen-Almagor, Raphael. 2013. “First Do No Harm: pressing concerns regarding euthanasia law in Belgium”. *International Journal of Law and Psychiatry*. 36: 515-21.

- Cohen, Joachim, Sigrid Dierickx, Yolanda W. H. Penders, Luc Deliens y Kenneth Chambaere. 2018. "How accurately is euthanasia reported on death certificates in a country with legal euthanasia: a population-based study". *Eur J Epidemiol*. 33: 689–693.
- Comité de Derechos Humanos. 2019. *Observación General núm. 36, CCPR/C/GC/36*. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/261/18/PDF/G1926118.pdf?OpenElement> (último acceso: 10 de abril de 2022).
- Comité de Derechos Humanos. Sesión n° 96, 5 de agosto de 2009, § 7. CCPR/C/NLD/CO/42.
- Cook, Michael. 2014. "Belgium and the Majesty of the Law". *Mercatornet*. Disponible en: https://mercatornet.com/belgium_and_the_majesty_of_the_law/15987/ (último acceso: 3 de abril de 2021).
- Díaz-Amado, Eduardo. 2017. "La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas". *Revista Bioética y Derecho*, 40: 125-140.
- Hendin, Herbert. 2009. *Seducidos por la muerte. Médicos, pacientes y suicidio asistido*. Madrid: Editorial Planeta.
- Institut Européen de Bioéthique, Analyse du neuvième Rapport de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie aux Chambres Législatives - (Années 2018 et 2019). Disponible en: <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2020-11/doc-1604920101-614.pdf> (último acceso: 15 de abril de 2022).
- Montero, Etienne. 2013. *Cita con la muerte: diez años de la eutanasia legal en Bélgica*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Pereira, José. 2011. "Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls". *Curr Oncol*. 18(2): e38–e45.
- Ramírez García, Hugo Saúl y Pedro de Jesús Pallares Yabur. 2011. *Derechos Humanos*. Oxford: Oxford University Press.
- Reporte Anual de Eutanasia 2016, Comités regionales de revisión de Eutanasia. Disponible en: [jaarverslag2016 - Regionale Toetsingscommissies Euthanasie](http://jaarverslag2016-regionale-toetsingscommissies-euthanasie.nl) www.euthanasiecommissie.nl › april › RTEjv2016 (último acceso: 5 de abril de 2021).
- Smits, Jeanne. 2015. "Growing number of mentally ill Dutch choosing to be killed at euthanasia clinic". *Life Site News*. Disponible en: <https://www.lifesitenews.com/news/growing-number-of-mentally-ill-dutch-choosing-to-be-killed-at-euthanasia-cl> (último acceso: 7 de abril de 2021).

Tompson, Alexandra y Sophia Kuby. 2018. *The legalization of euthanasia and assisted suicide: an inevitable slippery slope*. ADF International.

United Nations Press Releases. 2019. *Committee on the Rights of Persons with Disabilities reviews report of Australia*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26687&LangID=E> (último acceso: 8 de abril de 2021).

United Nations Press Releases. 2021. *Disability is not a reason to sanction medically assisted dying – UN experts*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/01/disability-not-reason-sanction-medically-assisted-dying-un-experts?LangID=E&NewsID=26687> (último acceso: 15 de Abril de 2022).

Marco normativo

Tratados Internacionales:

Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966

Pacto de San José de Costa Rica de 1969

Convención sobre los Derechos del Niño de 1990

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2008

Derecho Uruguayo:

Código Penal Uruguay. Ley 9.155 de 1933.

Ley N° 18.335. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud, 15 de agosto 2008.

Ley N° 19.286. Código de Ética Médica, 25 de setiembre de 2014.

Derecho comparado:

Holanda. Ley de terminación de la vida por solicitud y suicidio asistido de 2001.

Bélgica. Ley de eutanasia para adultos y menores emancipados de 2002.

Luxemburgo. Ley de cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido de 2009.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2015. *Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf> (último acceso: 7 de abril de 2021).

Resolución 1216 del 20 de abril de 2015 del Ministerio de Salud de Colombia.

España. Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia.

Jurisprudencia:

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239 de 1997. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm> (último acceso: 7 de abril de 2021).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-970 de 2014. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm> (último acceso: 7 de abril de 2021).

Tribunal Constitucional Italiano, 25 de septiembre de 2019. Sentenza n. 242/2019 - Corte costituzionale. Disponible en: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242> (último acceso: 2 de marzo de 2022).

Tribunal Constitucional Alemán, 26 de febrero de 2020. Disponible en: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2020/02/rs20200226_2bvr234715en.html;jsessionid=A9D657B025B92DF52822A7C72EA8B2A8.1_cid386 (último acceso: 2 de marzo de 2022).

Tribunal Constitucional de Portugal, anuncio del 15 de marzo de 2021, Sentencia nº 123/2021. Relator: Pedro Machete. Disponible en: <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/imprensa0200-bd5860.html> (último acceso: 7 de abril de 2021).

Se transcribe la carta abierta de la Dra. Agustina da Silveira Dieste, publicada en *Cartas al Director del Semanario Búsqueda* el 9 de diciembre de 2021.

Pendiente resbaladiza empírica y lógica

Sr. Director:

Como Dra. en Medicina (Udelar) haciendo un Máster de Ética y Justicia en la Universidad de Birmingham (Reino Unido), quiero manifestar mi preocupación por el proyecto de ley que busca despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido. Además, quiero compartir dos razones por las que entiendo que podríamos reflexionar si sería bueno o no legalizar, más allá de la postura ética que tengamos sobre el tema. Estas razones son la pendiente resbaladiza **empírica** y la **lógica**, que han demostrado ser ineludibles en países pioneros.

¿Qué es la pendiente empírica? Es la imposibilidad para hacer cumplir las condiciones establecidas por la ley y para garantizar que la eutanasia sea *realmente* voluntaria, informada, libre y un último recurso. Y es que una ley con condiciones no objetivables es, en los hechos, una ley sin condiciones. Esto lleva a que, en la práctica, se terminen realizando eutanasias en casos que ni siquiera quienes apoyaron la legalización creen éticos.

Hay, al menos, cinco factores descritos por el Prof. John Keown (del *Kennedy Institute of Ethics*) que llevan a que la pendiente empírica sea inevitable pese a los esfuerzos por prevenirla.

El primer factor es la *realidad de la práctica médica*. Las consultas son breves y no están exentas del posible error humano. ¿Podemos asegurar que una solicitud de este tipo es informada, voluntaria y un último recurso? ¿Qué pasa si hay un error diagnóstico o se estima mal el pronóstico vital?

El segundo factor es el de la *realidad social*. La misma afecta la toma de decisiones de todo tipo, y las del final de la vida no serían la excepción. ¿Vamos a tomar por voluntaria una decisión sin vuelta atrás que puede estar teñida por el desamparo que en algunos casos no logramos solucionar como sociedad?

El tercer factor es la dificultad que encontramos los médicos generales para determinar la *capacidad de consentir*. Esta es una tarea que, en todo caso, debería ser delegada a los psiquiatras, cosa que no está dispuesta en el proyecto de ley.

El cuarto factor es la alta prevalencia de *depresión concomitante* en pacientes con enfermedades terminales y la dificultad que enfrentamos los médicos generales para diagnosticarla. Si el médico tratante pasa la depresión por alto, pueden morir por eutanasia pacientes que, de haber sido tratados, no habrían tenido más deseos de muerte. Ya lo decía el *Royal College of Psychiatrists* en

2006: cuando se reconoce y se trata la depresión en pacientes con enfermedades terminales, el deseo de muerte se va en prácticamente todos los casos.

El quinto factor es la *presión sutil* que se ejerce sobre los más vulnerables cuando se legaliza la eutanasia en condiciones específicas. Sobre todo en situaciones de vulnerabilidad, es fácil ser manipulado o incluso sentir culpa por los cuidados que uno necesita, y terminar optando por la eutanasia debido a estas presiones. Legalizar la eutanasia solo para casos difíciles pone presión y estigmatiza la vida de quienes tienen condiciones difíciles. Así lo explicó la Baronesa Campbell en nombre de quienes, como ella, tienen una discapacidad, en varios discursos en el parlamento del Reino Unido¹. A esto se le agregan otras posibles presiones por causas económicas o por otros motivos (como la obtención de órganos para trasplante).

Imaginemos que, afortunadamente, logramos controlar estos cinco factores y prevenir la pendiente empírica. Aun así, el riesgo de la pendiente lógica seguiría intacto.

¿Qué es la pendiente lógica? Es la que nos lleva a pasar de la eutanasia voluntaria a la no voluntaria, y de la eutanasia como último recurso a la eutanasia como un recurso más.

Es imposible apoyar la eutanasia voluntaria mediante el principio bioético de *beneficencia* sin apoyar también la eutanasia no voluntaria. Si definimos que la eutanasia beneficia a un paciente que de otro modo estaría peor (lo que está implícito en el proyecto de ley, ya que la solicitud no se concede a demanda), ningún médico puede plantear no ofrecer ese servicio a sus pacientes que no pueden consentir (bebés, ancianos con demencia, pacientes en coma). Los médicos y familiares están acostumbrados a tomar decisiones por estos pacientes. Por lo tanto, estaríamos discriminando a estos grupos si la eutanasia, basada en el principio de beneficencia, fuese solo voluntaria.

Quienes quieren resistir el pasaje hacia la eutanasia no voluntaria suelen hacer primar el principio de *autonomía* por sobre el de beneficencia, y esto trae otro problema. Es imposible justificar la eutanasia como último recurso mediante el principio de *autonomía*, sin justificar la eutanasia como un recurso más (más allá de la etapa de la vida, el diagnóstico o el nivel de sufrimiento). El problema es que, si aceptamos esto, deja de tener sentido poner condiciones (y tener planes nacionales de prevención del suicidio).

¿Qué ha pasado en los países pioneros en la legalización? Holanda ya lleva extendida la política a mayores de 12 años (2002) y bebés (2004), y está discutiendo extenderla a pacientes sanos mayores de 75 años que sientan que su vida está completa y a niños de 1 a 12 años. En Bélgica, la ley exige que haya sufrimiento insoportable y ausencia de alternativas razonables, pero la ambigüedad de los conceptos ha llevado a que, desde hace años, el comité acepte como causa la sumatoria de patologías no graves (volviéndose candidato casi todo adulto mayor). Cabe destacar que este comité recibe los reportes hechos por los propios médicos sobre las eutanasias ya realizadas y que los casos reportados vienen en aumento: 24 en 2002 y 2.656 en 2019. Además,

¹ Puede verse uno de ellos en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=xi-YZpusftA>

estudios muestran que los reportes representan solo entre un 25% y un 50% de las eutanasias realmente practicadas.

Según lo expuesto, entiendo que hay razones para cuestionarnos -tanto quienes están a favor como en contra de la causa ética de estas prácticas- si estamos dispuestos a su *legalización* (con su pendiente resbaladiza) y al cambio cultural que la misma impone, o si como sociedad preferimos potenciar las alternativas para mejorar el cuidado de los uruguayos que más están sufriendo.

Dra. Agustina da Silveira Dieste

Doctora en Medicina (Universidad de la República, Uruguay). Maestranda en Ética y Justicia Global en la Universidad de Birmingham (Reino Unido).

Se transcribe la carta abierta de la Dra. Ana Guedes a los médicos de Uruguay, sobre cuidados paliativos y eutanasia. La misma fue publicada en el Semanario Búsqueda el pasado 25 de marzo de 2021.

Posteriormente, la misma carta fue firmada por 193 médicos, 79 profesionales de la salud y estudiantes, y 148 miembros de la sociedad, y fue presentada ante la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes el 25 de octubre de 2021.

Cuidados paliativos y eutanasia

Sr. Director:

En los últimos meses y en la situación que vive el país, un grupo de legisladores está muy apurado porque en Uruguay se apruebe una ley de eutanasia y suicidio asistido, que no es una necesidad de la población, y sí lo son la universalización de los cuidados paliativos para que todos los uruguayos tengan la debida atención y no tengan que sufrir al final de sus vidas ni durante enfermedades crónicas y severas.

Lo que escucho a diario y veo en las redes sociales es un gran desconocimiento sobre el tema, en profesionales de todos los ámbitos, en el personal de la salud, en periodistas y en legisladores, que creen que es una cuestión de libertad individual y que la eutanasia es la solución al sufrimiento de las personas.

He trabajado al lado de los pacientes que viven las más duras enfermedades desde hace 30 años y he atendido a más de 8.000 pacientes, de los cuales me sobran los dedos de una mano para contar los que hayan pedido morir. A su vez, los que piden morir, una vez aliviados, desisten. ¿Los uruguayos que están padeciendo estas enfermedades quieren morir o quieren aliviar su sufrimiento? Mi experiencia me dice que la eutanasia no es ninguna solución, sino un problema cuyas consecuencias sociales serían devastadoras, probadas ya en otros países que naturalizan el descarte de los ancianos con demencia, pacientes oncológicos e incluso personas con discapacidad. Una vez que cruzamos la línea, las excepciones no terminan, porque matar a un ser humano se vuelve una práctica justificada con toda clase de falacias.

Muchos siguen confundiendo las voluntades anticipadas con hacer Eutanasia pasiva, la sedación paliativa hecha en ámbitos de urgencia o domicilio por síntomas graves incontrolables con eutanasia activa y directa, y usar varios fármacos a la vez en una sedación -por ejemplo, por la presencia de varios síntomas como dolor con vómitos asociados-, con un cóctel lítico. Así la población se convence de fantasías que no responden a la realidad. Porque en Uruguay la eutanasia no se practica en las sombras. El mito se instaló dado que el médico en general no tiene ni los tiempos ni las herramientas para una deseable buena comunicación que esclarezca el objetivo y el proceso de la sedación paliativa. Los médicos no actuamos con la intención de matar ni matamos a nuestros enfermos con la vida amenazada, sino que aliviarnos el sufrimiento.

El actual proyecto de eutanasia y suicidio asistido es incompatible con nuestro Código de Ética Médica, que siendo ley y aprobado por un plebiscito por todos los médicos del Uruguay, no admite que el médico le dé muerte a su paciente, porque es una acción contraria a la vocación médica. No nos forman para matar a la gente sino para curarla y, si no podemos, aliviarla y evitarle sufrimientos,

acompañándola hasta el final, para que muera dignamente, en paz, acompañando también a la familia. Pero ahora quieren cambiar los fundamentos de la acción médica.

¿Por qué los médicos estamos tan callados ante tal atropello? ¿No es indignante lo que escuchamos a diario fruto de la ignorancia y el prejuicio? ¿Vamos a permitir que un grupo de legisladores nos presionen para cambiar nuestro Código de Ética? ¿Cómo proteger a los pacientes vulnerables ante presiones familiares y sociales?

Como médicos, como seres humanos, ¿cómo viviremos que nos carguen con la deshumanizante misión de dar muerte a los pacientes que lo pidan?, ¿cómo quedarán afectadas nuestras relaciones con los pacientes y con sus familias si nos convertimos en algo que nunca fuimos?, ¿cómo médicos nos hemos puesto a pensar en los efectos de una ley como esta en la práctica diaria?, ¿nos clasificarán laboralmente entre los que practican y no practican eutanasia para otorgar trabajo?, ¿habrá cambios en nuestro laudo salarial por no practicar o practicar?, ¿quién asumirá el costo de las demandas legales?, ¿cómo se prevendrán y resolverán las presiones institucionales en torno al tema?

Nuestro gremio médico debería plantear un serio proceso de profundo debate y de serena reflexión sobre estos aspectos antes de respaldar el proyecto de ley de eutanasia y suicidio médicamente asistido dando por sentado el aval de 15.000 médicos por el apoyo de solo 240 en una encuesta que omite —creo, ex profeso— la alternativa de los cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento.

¿Estamos preparados para una violenta perversión de la medicina? ¿Lo permitiremos? La última vez que sucedió algo así, fueron condenados como crímenes de lesa humanidad, pero parece que la sociedad olvida rápido cuando se disfraza de compasión la eliminación de seres humanos.

Todos los que pretenden convencer a la sociedad sobre la eutanasia como un bien, se refieren a la libertad del paciente de elegir cómo morir y a la compasión con el que sufre. ¿No está eso ya regulado en la Ley de Voluntades Anticipadas? ¿Pero quieren que además cometamos homicidio o seamos cómplices de suicidio de nuestros pacientes y de un mayor número de suicidios en la población? ¿Son los pacientes que sufren libres como quienes promueven la eutanasia? En los momentos de la vida donde necesitamos más apoyo, atención, cariño, cuidado, alivio y paciencia, quieren decirnos que podemos elegir dejar de ser una “carga” para los demás. ¿Seguiremos viendo como meros espectadores que atropellen la ética médica? ¿Qué legado les dejamos a las próximas generaciones de médicos? Lo mínimo sería que hablemos más en serio de estos temas, discutamos y exijamos ser consultados y que quienes legislan sean más responsables en consultar al organismo representativo de la ética médica: el Colegio Médico del Uruguay; así como a la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos. No temamos involucrarnos, se trata de la vida de nuestros pacientes, de la nuestra y del futuro de todos los uruguayos.

Dra. Ana Guedes

Médica especializada en Medicina Interna y Oncología. Diplomada en Cuidados Paliativos y en Bioética. Docente de Cuidados Paliativos en la Universidad de Montevideo. Coordinadora entre 1999 y 2018 del Servicio de Cuidados Paliativos de Casmu IAM-PP. Correspondencia: guedesana67@gmail.com

Se transcribe la carta abierta del Dr. Carlos María Schroeder, publicada en el Semanario Búsqueda el pasado 28 de abril de 2022.

Las razones por las que no debe aprobarse la eutanasia

Sr. Director:

Como Médico desde hace 43 años, Especialista en Medicina Interna y Neurología, analizando en profundidad la bibliografía publicada que analiza los proyectos de Ley de Eutanasia que están en consideración actualmente en el Parlamento (tanto el del Diputado Dr. Ope Pasquet como el presentado por el FA), llego a la conclusión inequívoca de que sería **nefasto** para el Uruguay que se aprobara cualquier proyecto sobre la Eutanasia.

Paso a exponer las razones por las que considero **no debe** aprobarse la **eutanasia**:

1) Ésta Ley de Eutanasia otorga el privilegio a los Médicos de terminar con una vida, acelerando su fin (que así se define la Eutanasia), cambiando todo el orden Social y Normativo Jurídico, estructurado en base al principio de la **dignidad** de la **vida humana**, principio **inalienable** e **irrenunciable** de todo ser humano. Éste principio fundamental fue consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, luego de los horrores de la Segunda Guerra Mundial.

La Eutanasia, ciertamente, tuvieron la triste iniciativa de iniciarla los Nazis en 1939. Éste principio del **respeto absoluto** a la Vida Humana, de una Persona Humana que no está atentando contra la vida de otro ser humano, es tan fundamental que, de aprobarse ésta Ley, la Sociedad como Colectivo estaría admitiendo que **hay vidas que se pueden suprimir, descartar, eliminar; por tanto discrimina entre seres humanos dignos y no dignos**.

2) Ésta Ley procura que no se declare como **delito el eliminar otro ser humano (homicidio)** alegando que el paciente sufre lo pide. Pero ya existe en nuestro país un fallo por Homicidio Compasivo, en el cual un Juez eximió de pena a una persona que por el motivo de compasión ante el sufrimiento eliminó a otra. Por tanto, en casos muy excepcionales y puntuales, considerando las circunstancias, se pueden dar éste tipo de sentencias. Para ello **no** es necesario cambiar radicalmente el **orden social y jurídico** ya establecido.

3) El argumento de que los pacientes piden la Eutanasia por un dolor o sufrimiento insoportable, ciertamente es **muy** atendible; hay que tener **empatía** y solidarizarse con éste sufrimiento, en todos los casos, mucho más en las personas más vulnerable. Una vez el Dr. Tabaré Vázquez expresó que "la calidad de una sociedad se establece en el trato y ayuda que presta a **las personas más vulnerables** de la misma, a las más necesitadas".

Las personas que piden la Eutanasia, la inmensa mayoría de las veces (según experiencia avalada por miles de Especialistas en Cuidados Paliativos en el mundo), **no** quieren que terminen con su vida, sino que las atiendan adecuadamente, les calmen el Dolor (cosa que hoy se hace muy bien y

con mucho éxito), que las aprecien y valoren como Personas; cuando ésto ocurre, muchas veces cambian su posición, y lo que realmente piden es una **muerte natural digna**.

4) La experiencia de los países donde se ha aprobado la Eutanasia hace más de 10 años (Bélgica en 2002, y Holanda) es **bien demostrativa** de lo que va a suceder si se aprueba la Ley de Eutanasia:

a) Los procedimientos de Eutanasia se han **multiplicado de manera alarmante e incontrolable**: como consta en el *Journal of Ethics*, se ha pasado de 203 casos en 2003 a 1807 en 2013; "y la mayoría de los casos afecta a pacientes que son ayudados a morir **sin que lo hayan pedido**". La situación en Bélgica resulta **incontrolada**, la Ley se interpreta tan ampliamente que la Eutanasia está disponible a la carta, y los médicos administran la inyección letal a los discapacitados, a los enfermos mentales, a los dementes y hasta a los deprimidos. En febrero del 2014, y en contra del parecer de los Pediatras, que afirmaban que "no responde a la demanda real, ningún niño pide morir, con paliativos no sufren, la eutanasia legal coacciona al niño", Bélgica aprobó la Eutanasia en **niños**.

b) El Profesor Theo Boer, experto holandés de ética médica, que argumentó en su momento en favor de una "buena ley de eutanasia", revisando las cifras alarmantes luego de 12 años, dijo "tras 12 años, tengo una opinión completamente distinta".

c) Un informe oficial de la Asociación Médica Canadiense mostró que, en un estudio efectuado, 120 enfermeras belgas (el 49 % de las encuestadas) admitió haber efectuado la Eutanasia **sin** petición del paciente.

d) Parte del problema es que las prácticas eutanásicas **carecen de control**, con un 35 % de procedimientos **no** declarados. En 2012, la Comisión Belga de Control reconoció la incapacidad de conocer el número total de Eutanasias.

5) La **solución ética y digna** para los Pacientes con sufrimiento insoportable y/o enfermedad terminal es un **adecuado sistema de cuidados paliativos y no suprimirles la vida**.

6) Los Médicos, según la Ley 19.286, del Código de Ética Médica, en su Artículo 46, estamos impedidos de realizar Eutanasia, porque allí consta que la Eutanasia es **contraria a la ética médica**. Éste mismo concepto han refrendado en la 38ª Asociación Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987, y reafirmado en la 170ª Sesión del Consejo, Divonne les Bains, Francia, mayo del 2005, y en la 200ª Sesión del Consejo, Oslo, Noruega, abril 2015. Allí se establece que "la Eutanasia, es decir el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, **aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética**".

El problema es que en los países donde se aprobó la Eutanasia, la práctica de los Cuidados Paliativos ha disminuido francamente: la comunidad médica se ha visto fuertemente **desestimulada** a continuar con dichos Cuidados, ante la creciente práctica descontrolada y muchas veces injustificada de la Eutanasia.

7) Sobre el argumento de la libertad de decisión de las personas, el Profesor Federico Montalvo, Vicepresidente del Comité de Bioética en España, opinaba en 2015 que "el recurso a la libertad de las personas como argumento para dicha despenalización, muchas veces es **falaz**, ya que detrás de ésta despenalización se encierra el fracaso del sistema sanitario que, despreocupándose por la dignidad del enfermo terminal, opta por facilitarle el recurso más cómodo y barato en lugar de ofrecerle los recursos necesarios en cuidados paliativos, para vivir con plenas garantías el final de su vida".

Además, **no es verdad** que con la legalización de la Eutanasia lo que se pretenda sea atender situaciones particulares excepcionales de modo que no se penalice a quien, por motivos de compasión, acceda a pedidos reiterados del Paciente para que lo mate o ayude a suicidarse.

Lo que se pretende con ésta ley es que tal acción (el homicidio o asistencia al suicidio) **no sea delito**, no esté prohibida, que haya derecho -en el caso del proyecto uruguayo- del Médico a quitar la vida. **Es un cambio radical: se considera que lo que hasta ahora es delito, deje de serlo, y se considere que está justificado, que es algo positivo.** Propiamente, lo que se está proponiendo con la legalización de la Eutanasia es **un cambio en los valores fundamentales.**

La legalización de la Eutanasia **supone que la vida humana no tiene un valor absoluto e igual para todos.**

8) Finalmente, un aspecto del que nadie quiere hablar, fue encarado por el Dr. Marc Moens en 2017, que dijo: "los problemas **presupuestarios** para la salud de los ancianos pueden llevar a **discutir protocolos de eutanasia basados en razones socioeconómicas**".

Por todo lo expuesto, no queda la menor duda de que, una vez aprobados los proyectos de Eutanasia, se entra, como ocurrió con los Nazis en 1939, en lo que se llama una "**pendiente resbaladiza**", en la cual no hay de donde agarrarse, y se suceden sin interrupción ni control los **atropellos a la dignidad y vidas de los seres humanos.**

Dr. Carlos María Schroeder Gastelumendi

Médico neurólogo e internista. Profesor honorario de la Facultad de Medicina (UDELAR).

Se transcribe la columna del Dr. Miguel Pastorino, publicada en el Semanario Voces el pasado 27 de setiembre de 2020.

Los que sobran

La Asociación Médica Mundial, en su Asamblea del 2019 volvió a pronunciarse condenando la eutanasia y el suicidio asistido. Algo que se reafirma en el campo de la ética médica desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Son muy pocos los países en el mundo que se han atrevido a despenalizar la eutanasia, generando graves consecuencias sobre la protección de los derechos de los más vulnerables. Si bien la situación actual y los proyectos contemporáneos no son comparables con la biopolítica de la Alemania nazi y sería exagerado y anacrónico hacer un paralelo exacto con sus programas de eutanasia, me pareció interesante repasar los argumentos que se esgrimieron en los años 40 para convencer a los alemanes de eliminar las vidas “indignas”. Cada vez que se discuten estos temas, se olvida la razón más honda de por qué los Derechos Humanos se sostienen en el valor indiscutible de la dignidad de todo ser humano, más allá de su condición o situación. Ninguna vida humana puede ser considerada menos digna que otra, so pena de legitimar el desprecio y el abuso de determinadas personas por el hecho de considerarlas “vidas menos dignas”. Revisitando la historia podemos tomar conciencia, de hasta qué punto la manipulación del lenguaje y los eufemismos nos hacen indiferentes a graves violaciones de los derechos de los más vulnerables.

Una historia olvidada

El historiador, politólogo y periodista Götz Aly publicó en 2013, fruto de una investigación de más de treinta años, un libro sobre el programa de eutanasia nazi. Su objetivo fue hacer visible un horror que tiende a no recordarse. El autor ha creado polémica al exigir la recuperación de los nombres de los miles de desaparecidos cuyas familias no tienen cómo acceder a su memoria, incluso algunas ni siquiera saben de la existencia de tíos o hermanos que fueron arrojados al olvido. Su libro más conocido es *Cómo Hitler compró a los alemanes* (2006), pero su obra más reciente, *Los que sobran: historia de la eutanasia social en la Alemania nazi*, está basada en cartas de familiares y documentos oficiales, que dan cuenta del exterminio de 200.000 discapacitados física o psíquicamente. Las justificaciones de este proceder se fundamentaron en la “compasión” y el “acto humanitario” de “librar a las familias de las cargas económicas de vidas sin sentido”.

Aly muestra en su trabajo que el programa de eutanasia nazi no estuvo primariamente apoyado en una cuestión “racial”, sino en una visión pragmática y materialista de la vida humana, donde la lógica de fondo era económica. Las “vidas que no producen”, “que no tienen sentido” ni siquiera para sí mismas y “que son una carga para sus familiares”, deberían eliminarse para no prolongar un sufrimiento innecesario para sí mismos y los demás. Ese era el argumento central del programa eutanásico.

Los argumentos de la propaganda

La argumentación que apoyó estas prácticas consistió en instalar en la opinión pública tres tesis: Primera, había algunas vidas que carecían de valor, ya sea porque sus sujetos no eran conscientes de sus actos o porque se hallaban en una situación considerada por debajo de los estándares de una “vida digna”. Segunda, ante vidas indignas, carentes de valor social, el hecho de eliminarlas podía ser un acto compasivo, el acto humanitario de “ayudarlos a morir”. Joseph Goebbels hizo realizar una película en 1941 (“Yo acuso”) donde una enferma de esclerosis múltiple pide a su marido que ponga fin a su vida. Tercera, acabar con la propia vida, cuando por alguna razón se consideraba que perdió su sentido, era un legítimo ejercicio de la propia razón y “un derecho de su autonomía” como sujeto.

Escribe Aly: “Para referirse a sus crímenes, los muchos implicados utilizaron eufemismos como redención, interrupción de la vida, muerte de gracia, muerte asistida o precisamente: ‘eutanasia’... Muchos alemanes aprobaron la muerte forzada de ‘bocas inútiles’ y las propias familias no querían saber detalles del destino de sus familiares entregados...” Los consideraban un lastre social porque requerían cuidados constantes y eran una gran carga para sus seres queridos. La mejor decisión para ellos mismos y para sus seres queridos era “terminar con ese sufrimiento”.

Advertencias olvidadas

Entre 1920 y 1940 la comunidad médica alemana debatía el tema. Una influyente publicación de los profesores Karl Binding, un especialista en jurisprudencia constitucional y criminal, y Alfred Hoche, un prestigioso psiquiatra, titulada “Permitir la destrucción de la vida sin valor”, presentaba la eutanasia y el suicidio asistido como una respuesta compasiva y humanitaria a aquellos que la pidieran. La obra fue profundamente debatida y rechazada en la Conferencia de la Sociedad de Psiquiatría Forense de Dresden en 1922. Algunos críticos argumentaban: “Una vez que el respeto por la vida humana haya sido disminuido con la introducción de la muerte piadosa voluntaria para los mentalmente sanos, pero con una enfermedad incurable e involuntaria para los enfermos mentales, ¿quién puede asegurar que las cosas van a parar aquí?” (Dr. M. Beer). En una crítica del Dr. E. Meltzer se lee: “es mucho más heroico aceptar a esos seres hasta el máximo de nuestras capacidades para llevar solaz a sus vidas y de este modo servir a la humanidad, que matarlos por razones utilitarias... El altruismo es un aspecto distintivo de la humanidad...”.

Pero al llegar los nazis al poder, se terminó el debate y la ideología eugenésica que promovía la esterilización y la eutanasia fueron ampliamente propagadas a través de la educación y los medios.

Comienzo por pequeños pasos

Dos investigaciones anteriores (Cleaver – Grant), demuestran que la literatura que circulaba en los ambientes médicos alemanes de la época entendía que eliminar a las personas con “vidas indignas” era un “acto misericordioso”. A su vez defendían también la importancia de un debido control

del procedimiento y del necesario “consentimiento” de los candidatos, quienes debían solicitarlo expresamente.

Primero se instituyó un programa de “muerte suave” de “adultos enfermos incurables y enfermos mentales” sobre la base de la compasión, pero en pocos años se extendió la práctica en niños con discapacidad cuyas familias no podían atenderlos debidamente. El número de niños se cuenta en 6.000 en la primera fase del programa. El famoso programa “T4” localizado en Berlín se extendió a varios hospitales y centros de salud, y a los médicos que lo llevaron adelante y que se consideraban expertos en “ayudar a morir”, se les concedió inmunidad legal para ejercer su tan delicada misión.

Luego de instalar el suicidio asistido para ser ayudado a morir, se extendió para quienes por incompetencia para decidir por sí mismos no pudieran solicitar la muerte, permitiendo así que sus familiares ejercieran su derecho. Los pasos del convencimiento eran progresivos, e iban naturalizando el descarte de personas “por razones humanitarias”.

En 1941 “más de 10.000 enfermos mentales” recibieron la “muerte sin dolor” en las cámaras de gas en Hadamar, uno de los más importantes hospitales del T4. Se argumentó que el uso de monóxido de carbono producía una muerte digna sin sufrimientos. Luego esta práctica se extendió a los judíos en los campos de concentración, con herramientas que ya se habían puesto en práctica. Aly sostiene que la naturalización del descarte de los propios seres queridos preparó el camino para la indiferencia ante horrores impensables.

El filósofo alemán Robert Spaemann, que realizó un análisis de los argumentos del programa de eutanasia de los nazis y los proyectos actuales, afirma que el paralelo puede parecer exagerado, pero advierte que en ese entonces se trataba de eliminar ciertas vidas que se consideraban inútiles para la sociedad, mientras que hoy se atiende a la perspectiva interna de los afectados, a que internalicen la convicción de que ellos mismos llevan una vida que no es digna de vivirse y que defiendan su derecho a ser exterminados. La relativización de la dignidad humana busca contar ahora con la propia adhesión de la víctima, para luego darle validez social para los demás. La seducción de que ser eliminado “es tu derecho”, parecería bloquear cualquier sentido crítico sobre el acto en sí mismo.

Los médicos de Núremberg: ¡Nunca más!

La evidencia más fuerte de un cambio de mentalidad sobre la dignidad humana a través de eufemismos que naturalizan el homicidio, son los testimonios de los médicos juzgados en Núremberg. Quienes participaron de esos crímenes alegaban que sus acciones fueron movidas “por compasión y sentimientos humanitarios”, que “no es un crimen tener un acto de piedad con los incurables... y la muerte puede significar liberación del sufrimiento”. Todos los involucrados creían que hay “vidas que no merecen vivirse”.

La enseñanza que dejaron estos testimonios es que cuando se relativiza la dignidad de un solo ser humano, se pone en peligro a la humanidad entera.

Uno de los investigadores norteamericanos concluye que esta es “una lección de historia que ha enseñado que la verdadera naturaleza de la muerte ayudada por el médico es una falsa compasión y una perversión de la misericordia. La historia nos previene que la institución de la muerte asistida amenaza gravemente con minar la ética fundamental de la profesión médica y el principio máximo de igual dignidad y el valor inherente de cada persona humana”.

En la introducción de su última obra, Götz Aly expresa según su parecer el fondo de la cuestión no siempre analizada:

“No basta, por un lado, con lamentar las numerosas víctimas y, por otro, demonizar acerca de quinientos perpetradores nazis y acusarlos de ideólogos sin escrúpulos, malas personas o asesinos de bata blanca. A la larga, lo importante y, quizás, instructivo es examinar el trasfondo social, ese sinnúmero de personas que hubo entre los autores materiales y las víctimas. Por ello me decidí por el ambiguo título *Die Belasteten* en el original alemán. La palabra no apunta a los asesinos, sino a los asesinados... En ella resuenan conceptos como “molestia”, “estorbo” o “lastre social”, pero también evoca las personas que “son una carga para los demás”, o que -como actualmente se suele decir, dándole la vuelta- “no quieren ser una carga para los demás”.

El historiador alemán dedicó su libro a su hija Karline, nacida en 1979, quien por una infección que tuvo al poco tiempo de nacer, contrajo una encefalitis y sufrió una lesión cerebral grave. “Necesita ayuda, pero ríe y llora, demuestra felicidad y mal humor, le gusta la música, la buena comida, en ocasiones alguna cerveza y recibir invitados. Sin embargo, la vida no es fácil para ella. Fue Karline quien, al poco de nacer, me llevó al tema de los *asesinatos por eutanasia* en la historia contemporánea de Alemania y en el cual nunca he dejado de trabajar”.

Dr. Miguel Pastorino

Doctor en Filosofía. Profesor de Filosofía y Ética en la Universidad Católica del Uruguay.

Correspondencia: miguel.pastorino@ucu.edu.uy