







**comunidad  
y justicia**

*Un atajo hacia la muerte: consideraciones, problemas y propuestas sobre la eutanasia para el debate en Chile*

©Comunidad y Justicia, 2019

©Ignacio Suazo y Sofía Huneeus

Editorial Comunidad y Justicia

[www.comunidadyjusticia.cl](http://www.comunidadyjusticia.cl)

[contacto@comunidadyjusticia.cl](mailto:contacto@comunidadyjusticia.cl)

ISBN N° 978-956-09386-0-2

Inscripción Registro de Propiedad Intelectual N.° 308.153

Impreso en Santiago de Chile

Diseño de portada y diagramación: Sebastián Cádiz V.

Impreso por [www.EdicionesOnDemand.cl](http://www.EdicionesOnDemand.cl)

Primera edición: septiembre 2019



*Un atajo hacia la muerte: consideraciones, problemas y propuestas sobre la eutanasia para el debate en Chile* por Corporación Comunidad y Justicia se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Permisos más allá del alcance de esta licencia pueden estar disponibles en [www.comunidadyjusticia.cl/contacto](http://www.comunidadyjusticia.cl/contacto).

# **UN ATAJO HACIA LA MUERTE**

*Consideraciones, problemas y propuestas sobre la eutanasia para el debate en Chile*

# ÍNDICE

---

<b>¿POR QUÉ LA EUTANASIA?</b>	8
<b>CAP. 1: UN ANTIGUO DEBATE EN PLENA DISCUSIÓN</b>	12
<b>1. Una breve historia de la eutanasia en Occidente</b>	13
a. Roma y Grecia	13
b. El cristianismo	14
c. El cuestionamiento iluminista	16
d. La respuesta religiosa y liberal	16
e. Los movimientos proeutanasia: desde sus inicios hasta la actualidad	18
f. ¿Es religiosa la oposición a la eutanasia?	19
<b>2. Definiciones e implicancias prácticas</b>	20
a. Definición	20
b. Clasificaciones y su utilidad	21
c. Los límites de la eutanasia: la adecuación terapéutica	21
d. Sedación paliativa: un caso especial de adecuación terapéutica	23
<b>3. Estado actual de la discusión sobre eutanasia en el mundo</b>	24
a. Eutanasia y opinión pública	24
b. La eutanasia en el Derecho comparado	27
<b>4. La eutanasia en nuestro país</b>	28
<b>5. Consideraciones finales: la eutanasia y el progreso</b>	32
<b>CAP. 2: EUTANASIA: UN MAL A EVITAR, NO UN BIEN A PROMOVER</b>	34
<b>1. El problema del dolor</b>	36
a. El contexto: una sociedad y una medicina cada vez más tecnificadas	37
b. La soledad y el sentimiento de ser carga para otros	37
c. Consecuencias legales de usar el sufrimiento como causal para Solicitar una eutanasia	39
d. Problemas del concepto de "mala calidad de vida"	39
e. El falso dilema de la compasión	41
f. La ambivalencia de los solicitantes de eutanasia	42
g. El sufrimiento: una oportunidad de humanización	43
<b>2. El supuesto de la autonomía</b>	44
a. El trasfondo de la eutanasia: una autonomía radical	44
b. Cuatro consecuencias de la autonomía radical	45
c. Naturaleza humana	46
d. Don	47

e. Verdad	48
f. Dignidad	49
g. Tres problemas de la autonomía radical; tres argumentos contra la eutanasia	50
h. Problema n° 1: la indisponibilidad de la vida	52
I. Los excesos de la eutanasia: el caso holandés	52
II. La dimensión jurídica del derecho a la vida	54
III. ¿Qué ha dicho la jurisprudencia de los Derechos Humanos?	54
i. Problema n° 2: la libertad detrás de una solicitud de eutanasia	61
I. Depresión y eutanasia en Suiza y Oregon	63
j. Problema n° 3: la evolución de la eutanasia	65
k. Legislar a base de la autonomía no conlleva mayor libertad	70
l. Autonomía y dolor: ¿La clave detrás de la eutanasia?	71
<b>CAP. 3: CUIDADOS PALIATIVOS. DIGNIFICANDO EL CAMINO</b>	74
<b>1. Una alternativa a la eutanasia</b>	75
<b>2. ¿Qué son los cuidados paliativos?</b>	75
a. Breve historia	75
b. ¿Qué incluye un equipo de cuidados paliativos?	78
c. Ventajas de los cuidados paliativos	79
d. Cuidados paliativos en el mundo	80
<b>3. ¿Qué pasa en nuestro país?</b>	80
a. Desafíos pendientes	84
b. Propuestas para mejores cuidados paliativos	85
<b>4. Relación entre cuidados paliativos y eutanasia</b>	87
a. Declaraciones internacionales de sociedades paliativistas sobre la eutanasia	88
b. Cuidados paliativos como derecho humano	89
c. Impacto de los cuidados paliativos sobre las solicitudes de eutanasia	90
d. Terapia de la dignidad	91
e. Efectos de la formación en cuidados paliativos sobre la aprobación de la eutanasia	92
<b>5. Por qué cuidados paliativos</b>	93
<b>MÁS ALLÁ DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS</b>	97
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	100

## ¿POR QUÉ LA EUTANASIA?


A comienzos de 2018, el caso de Paula Díaz revivió la discusión acerca de la muerte asistida en Chile. La joven de diecinueve años padecía una dolorosa enfermedad no diagnosticada que la mantenía postrada desde hacía cuatro años. Solicitó a la entonces Presidenta Michelle Bachelet, y luego al presidente Sebastián Piñera, una autorización para que se le aplicara la eutanasia. El caso encendió el debate e impulsó la discusión legislativa sobre si admitir o no esta práctica en nuestro país. Lamentablemente, luego de peregrinar de hospital en hospital sin resultados, Paula murió sin un diagnóstico claro. Ni siquiera se logró determinar con certeza si su caso se debió a negligencia médica, a una vacuna mal administrada o si su enfermedad era de índole psicológica.

El caso de Paula dio pie a que algunos parlamentarios presentaran proyectos de ley al respecto, dando a la discusión una especial urgencia. Lo que Paula nunca supo (y al parecer, los parlamentarios tampoco) es que ella no habría podido acceder a la eutanasia: uno de los requisitos exigidos en estas iniciativas parlamentarias para poder solicitarla es padecer una enfermedad terminal diagnosticada. Por otra parte, luego de comenzar a recibir cuidados paliativos, Paula dejó de insistir en su solicitud, recibió tratamiento para la depresión que sufría, mejoró su calidad de vida y murió tranquilamente, rodeada de sus seres queridos. Esto demuestra que muchas veces, en un esfuerzo por ganar posiciones en puntos especialmente disputados, se explotan política y mediáticamente casos de personas que atraviesan por dramas profundos, olvidándose que el objetivo principal está en buscar soluciones reales e integrales a los problemas que atraviesa la sociedad y no en conquistar libertades que tal vez no necesitamos.

Una ley, al ser de carácter general y obligatorio, no debería elaborarse de manera precipitada basándose en casos particulares y concretos que han sido mediáticos. Mucho menos si se trata de asuntos tan complejos como la vida, la muerte, la concepción de persona, la salud o el dolor.

Este libro se escribe, por un lado, con el propósito de ayudar a dilucidar algunos puntos claves para el debate acerca de la eutanasia, evitando un sinnúmero de confusiones que pueden surgir en su discusión. Por otro, este ensayo quiere responder a la pregunta de si la eutanasia es o no una solución adecuada para nuestro país, así como explorar las múltiples alternativas que existen al respecto.





La eutanasia, tal como lo entiende la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) es “la acción u omisión, directa o intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta”.<sup>1</sup> Sobre este procedimiento, aunque ha ganado popularidad entre los chilenos, existe un gran desconocimiento: ¿se trata de una idea moderna o es un uso tradicional? ¿Qué tan extendida se encuentra su práctica alrededor del mundo? ¿Qué actos médicos pueden considerarse como eutanasia y cuáles no? ¿Es acaso eutanasia dejar de alimentar a un enfermo postrado o sedar a quien padece fuertes dolores, sabiendo que esto podría acelerar su muerte?

Este libro procura dar respuesta a algunas de estas preguntas poniendo a disposición del lector, a través de tres capítulos, lo fundamental de la literatura bioética, empírica y de política pública para enfrentar el debate.

El primer capítulo contextualiza el tema, mostrando qué es la eutanasia, cómo ha sido percibida a lo largo de la historia, qué nivel de aceptación tiene actualmente y cómo ha sido acogida en diversas legislaciones del mundo. Del capítulo se desprende que aquellos grupos que históricamente se han opuesto a la eutanasia comparten la idea de que la vida es un don, lo que la vuelve indisponible. Como veremos, aun cuando la indisponibilidad de la vida humana sea una idea complementaria a las enseñanzas de los credos más relevantes a nivel mundial, este concepto está lejos de ser puramente religioso.

Sin embargo, la indisponibilidad de la vida no es absoluta. Por ello, otro aspecto clave del capítulo es la distinción que se hace entre eutanasia y medidas de adecuación terapéutica. Ahí queda en evidencia que muchas de las situaciones se suelen identificar con la eutanasia— como, por ejemplo, el cese de un tratamiento— en realidad son prácticas legítimas de último recurso. Esta confusión tiene grandes consecuencias en la agenda pública. Como veremos en el mismo capítulo, las personas

---

<sup>1</sup> Bátiz y Loncan, «Problemas éticos al final de la vida». SECPAL. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (blog), <https://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>.

que no distinguen con claridad en estos conceptos, tienden en mayor medida a declararse favorables a la eutanasia en las encuestas de opinión.

El capítulo dos rebate algunos de los argumentos usados con mayor frecuencia para defender el así llamado “derecho a morir”. El acápite “Tres argumentos contra la autonomía; tres argumentos contra la eutanasia” es, a nuestro juicio, el corazón del texto. En él intentamos mostrar algunas insuficiencias del concepto de autonomía, paradigma indiscutido de muchas de las reivindicaciones de este siglo, pues ni se da en los hechos —no es posible convertir todos los anhelos humanos en realidad— ni soluciona el problema de fondo —en este caso, el sufrimiento y el dolor humanos—.

Finalmente, se llega al extremo en el que, como no es posible terminar con los problemas de la vida, la única solución es acabar con la vida de los aporreados. Como mostramos en este apartado, correr el cerco legal de lo moralmente permisible no es inocuo. No puede ser de otra manera, pues la autonomía, cuando es asumida radicalmente, presupone una independencia de la razón, del cuerpo y del entorno comunitario que el ser humano, en la realidad, no tiene.

Por último, el capítulo tres se centra en los cuidados paliativos: su historia, características, beneficios y su nivel de desarrollo en Chile y el mundo. Esta tercera parte del libro propone que la disciplina paliativa, correctamente entendida, puede ser la verdadera y natural solución al sufrimiento existencial y miedo que suelen esconderse detrás de las solicitudes de eutanasia. También se explicita la oposición que existe entre eutanasia y cuidados paliativos. Nos parece relevante destacar que los cuidados paliativos son un acto médico cuyo objetivo es disminuir el dolor del paciente, respetando el ciclo de vida natural, mientras que la eutanasia tiene por objeto directo causar la muerte del paciente y acortar su vida.

Para concluir, el capítulo tres incluye un diagnóstico de los principales aspectos a mejorar para fortalecer la oferta de cuidados paliativos en Chile. Este apartado puede resultar especialmente relevante para los interesados en política pública.

En el epílogo de este libro se discuten los alcances y límites de los cuidados paliativos. Se advierte la posibilidad de plantearlos como una excusa para practicar eutanasias pasivas bajo una imagen de preocupación por el paciente. Pese a la diferenciación en la que se insiste en el capítulo tres, se trata de un riesgo real que, de hecho, sucede en otros países. Este argumento, sin embargo, no es suficiente para insistir con menor ahínco o disminuir el énfasis de los cuidados paliativos, precisamente porque son una disciplina autónoma. Son varios los organismos de Derechos Humanos que, pese a reconocer a la eutanasia como un asunto sobre el que cada país debería legislar en conciencia, señalan enfáticamente que los cuidados paliativos no son opción sino un derecho humano que debe asegurarse por los Estados en la medida de lo posible.

Finalmente, este libro no habría podido publicarse sin la ayuda y apoyo de múltiples personas. En primer lugar, de todo el directorio de Comunidad y Justicia, que permitió que el proyecto original —un informe de 15 páginas— madurara hasta llegar a ser este libro. Los autores agradecen a todo el equipo de Comunidad y Justicia, en especial a Nicolás Rodríguez, Javiera Corvalán y Bernardita Schnake. Sus aportes ayudaron a hacer de este libro lo que ahora tienen en sus manos. Asimismo a todos los comentarios y pacientes correcciones de Álvaro Paúl, Tomás Henríquez, Marco Antonio Navarro y Juan Ignacio Suazo. Por último los autores agradecen profundamente a todos los que hicieron posible la elaboración de este libro y a quienes han creído y apoyado el proyecto Comunidad y Justicia. Cualquier omisión o error es de exclusiva responsabilidad de sus autores.

**Capítulo I**

**UN ANTIGUO DEBATE EN PLENA DISCUSIÓN**

## I. Una breve historia de la eutanasia en occidente

### a. Roma y Grecia

El término eutanasia es de larga data. Su etimología proviene de los conceptos griegos *eu* (bien) y *thanatos* (muerte), haciendo referencia a una buena muerte. La palabra fue usada por primera vez por Suetonio en su obra *Vida de los Césares*. El historiador romano utilizó este concepto para calificar el modo en que había muerto César Augusto, quien irónicamente falleció de muerte natural, pese a haber sido aquejado por múltiples enfermedades a lo largo de su existencia y por las que pudo haber pedido terminar con su vida.<sup>1</sup>

Lo anterior no significa que provocar la muerte de una persona a petición suya fuera una práctica desconocida en esa época: tanto el suicidio como el apoyo médico del mismo eran acciones toleradas y aceptadas tanto en la antigua Grecia como en el naciente Imperio Romano.<sup>2</sup>

En el caso de los griegos, la mayor parte de los médicos estaban dispuestos a proveer drogas a sus pacientes cuando las requirían para suicidarse. Esto en virtud de que en Grecia predominaba una visión de la vida como predeterminada por los dioses. Así, en muchos escritos helénicos se muestran el suicidio y otros actos hoy considerados por muchos como inmorales, no como frutos de la voluntad libre de los sujetos, sino como consecuencia de un destino funesto determinado por alguna entidad superior; sin que el hombre fuera capaz de evitarlos de modo alguno. De esta forma, el suicidio no era más que una rendición del ser humano frente a su destino.

Esto no significa que se tratase de una opinión unánime: había importantes grupos que se oponían terminantemente a ella. Es el caso de la escuela hipocrática, cuya concepción de la medicina modeló definitivamente el modo de ejercer esta disciplina en Occidente. El juramento atribuido a Hipócrates<sup>3</sup> expresa claramente: “no daré a ninguno una droga mortal, aunque me lo pida, ni mostraré el camino de tal designio”.<sup>4</sup> En efecto, los hipocráticos creían que los organismos tendían naturalmente hacia

<sup>1</sup> Javiera Bellolio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile» (Tesis para optar al grado de Magister en Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2017), 2.

<sup>2</sup> Ian Dowbiggin, *A Concise History of Euthanasia: Life, Death, God, and Medicine* (Lanham, Md: Rowman & Littlefield, 2007), 8.

<sup>3</sup> Dowbiggin, I I.

<sup>4</sup> Alejandro Serani y Mauricio Besio, «Cosmovisión, medicina, muerte y eutanasia», en *Sabiduría, naturaleza y enfermedad. Una comprensión filosófica de las profesiones de la salud* (Santiago: Ediciones Universidad Católica, 2014), 90 Se recomienda especialmente este texto para profundizar en la comprensión hipocrática de la medicina y su influencia en la visión occidental de esta disciplina.

la salud y, por tanto, la medicina era una simple herramienta para ayudar al cuerpo a recuperar lo que por naturaleza era suyo. En el caso del avance inevitable de una enfermedad, el rol del médico consistía en calmar el dolor y velar para que el paciente tuviera una muerte digna y apacible.<sup>5</sup>

En el campo de la filosofía, tanto los pitagóricos<sup>6</sup>, como los epicúreos, la escuela platónica y los discípulos de Aristóteles se oponían con firmeza a cualquier modo de acortar la vida.<sup>7</sup>

Al igual que los griegos, los romanos aceptaban de manera generalizada del suicidio y la eutanasia. Eran prácticas legalmente permitidas para los ciudadanos romanos, con la excepción de los esclavos, criminales y soldados.<sup>8</sup> De hecho, la decisión de tomar la muerte en las propias manos era elogiada por la escuela estoica, como se aprecia en los comentarios de dos de sus más grandes exponentes durante el siglo primero antes de Cristo: Plinio el Viejo y Séneca.<sup>9</sup>

La amplia aceptación del suicidio y el apoyo médico en su concreción en ambas culturas se explica en buena parte por la ausencia de un valor propio de la vida humana, en contraposición al valor de someterse al propio destino. Ese argumento, en efecto, es el que está detrás de las tragedias de Edipo y Antígona. Platón, a su vez, rechaza el suicidio no por el valor intrínseco de la vida humana, sino por considerarlo una ofensa contra los dioses. Incluso en Aristóteles, su rechazo al suicidio tenía mayor relación con la importancia de no privar a la ciudad de un ciudadano útil que con la noción del valor individual de cada vida humana.<sup>10</sup>

## b. El cristianismo

La tolerancia hacia el suicidio y la eutanasia del mundo grecorromano perdió toda su legitimidad con la novedosa entrada del cristianismo al emergente mundo occidental. Consecuente con el legado judío de la santidad de la vida humana, la tradición cristiana reafirmó la idea que, así como solo Dios da la vida, solo él puede quitarla.<sup>11</sup>

---

<sup>5</sup> Alejandro Serani y Mauricio Besio, «Cosmovisión, medicina, muerte y eutanasia», en *Sabiduría, naturaleza y enfermedad*, 90.

<sup>6</sup> Bellolio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia», 5.

<sup>7</sup> Dowbiggin, *A Concise History of Euthanasia*, 8.

<sup>8</sup> Dowbiggin, 9.

<sup>9</sup> Dowbiggin, 11.

<sup>10</sup> Dowbiggin, 8.

<sup>11</sup> Con respecto a la noción judía de dignidad humana, basta ver el salmo 82 donde se dice: "Yo les he dicho: "Ustedes son dioses; todos ustedes son hijos del Altísimo."

Sin embargo, la noción de dignidad humana va un paso más adelante en el ser y actuar de Jesús: Cristo se hace hombre sin dejar de ser Dios, y eleva así la condición del ser humano a la divinidad.

Jesucristo, además, mantenía una relación filial con Dios que suponía un trato íntimo e individual con él, al punto de llamarlo “Padre”. Esta práctica no fue considerada una exclusiva prerrogativa suya, sino que invitó a sus discípulos a imitarlo.<sup>12</sup> Así, en su actuar, Jesús de Nazareth reafirmaba el valor individual de cada ser humano.

Los primeros cristianos tenían al menos otra razón para rechazar con firmeza cualquier práctica asociada al suicidio: la posibilidad de valorar el sufrimiento. Esto no significa que sufrir hubiese sido visto como algo bueno en sí mismo —no se comprendería, si no, la súplica de Jesús en Getsemaní: “Padre, aleja de mí este cáliz” (Mt 26, 39)—. Tanto el dolor como la enfermedad se consideraban una oportunidad de limpiar las faltas personales y del resto de la Iglesia. Por eso, Pablo de Tarso dice en su carta a los colosenses: “Me alegro por los padecimientos que soporto por vosotros, y completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su Cuerpo, que es la Iglesia” (Col 1. 24).<sup>13</sup>

El descubrimiento de una dignidad individual y el sentido positivo del dolor fueron ideas aceptadas, cultivadas y reforzadas por las sucesivas generaciones de cristianos. En esa línea entendemos la condena que realizó Agustín de Hipona al suicidio asistido durante el siglo IV:

Nunca es lícito matar a otro: aunque él lo quisiera, incluso si él lo pidiera, cuando, suspendido entre la vida y la muerte, suplica que le ayuden a liberar su alma que lucha contra las cadenas del cuerpo y desea romperlas; no es lícito ni siquiera cuando un enfermo no esté ya en condiciones de sobrevivir.<sup>14</sup>

Esta comprensión cristiana de la vida y la muerte determinó al mundo occidental por siglos y no tuvo detractores significativos sino hasta el siglo XVII, con la llegada del racionalismo ilustrado.

<sup>12</sup> Antes de Jesucristo los israelitas tendían a diluir el vínculo de Dios con su pueblo en una relación puramente colectiva, en la cual Él se preocupa de la fidelidad de su Pueblo. Eso explica la revolución que significa que Jesús llame al Dios de Israel “Padre” y que incluso invite a sus discípulos a tratarlo así: “Cuando oréis, decid: Padre Nuestro (...)” (Lc 11,2). Esta relación llega a tal punto que es capaz de perdonar los pecados de forma individual, restituyendo la dignidad perdida de hijos de Dios: “Sacad el mejor vestido, y vestidlo; y poned un anillo en su mano, y calzado en sus pies” (Lc 15, 22).

<sup>13</sup> Belloio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile», 12.

<sup>14</sup> Agustín de Hipona, citado en Mons. Fernando A. Figueiredo, «Los Padres de la Iglesia y la defensa de la vida humana», 10 de mayo de 1996, <http://www.clerus.org/clerus/dati/2000-04/27-7/Padresmana.html>.

### c. El cuestionamiento iluminista

Muchos autores consideran a Francis Bacon como el primer autor en usar la palabra eutanasia en su sentido actual, entendida como la búsqueda de muerte deliberada y consentida de una persona. En efecto, el filósofo inglés del siglo XVII usó este término en su obra *Novum Organum*, pero haciendo referencia, a juicio de José Joaquín Ugarte, a la sedación de los sufrimientos y angustias de la muerte, recomendando la búsqueda de medios que permitan suprimir el dolor.<sup>15</sup> En otras palabras, el concepto de eutanasia de Bacon es lo que más adelante llamaremos “sedación paliativa” y no una acción que busque acabar deliberadamente con la propia vida.

Aun así, Bacon dio cuenta de una nueva comprensión de la ciencia y el conocimiento que en último término se contrapuso a la concepción de la medicina hipocrática: su objetivo ya no fue entender el equilibrio natural entre las distintas partes del cuerpo y el espíritu humano, con el objetivo de adecuarse a ellos. Por el contrario, Bacon llama a dominar la corporeidad para que esta pueda ser usada según los fines que la voluntad humana quisiera darle. Es la expresión de una nueva época, donde se desconfió de la tradición cristiana y se cuestiona todo aquello que se asocie a ella. En esa línea, aparecen voces de filósofos ilustrados como Voltaire, Montesquieu o Hume, que defienden activamente el suicidio como una cuestión de libertad individual.<sup>16</sup>

### d. La respuesta religiosa y liberal

Durante las décadas posteriores, renovados esfuerzos desde la teología cristiana (ahora separada entre católica y protestante) respondieron a los argumentos iluministas, dando nuevas fuerzas a esta posición. Personajes como el predicador protestante anglosajón John Wesley<sup>17</sup> o el político y escritor católico François-René de Chateaubriand jugaron un rol clave en la opinión pública inglesa y francesa, respectivamente, del siglo XVIII. La eutanasia y el suicidio asistido también tuvieron opositores dentro del mundo liberal, de la mano de intelectuales como Madame de Staël, para quien lo más común del sufrimiento físico es querer ser acompañado y no buscar la propia muerte.<sup>18</sup> Immanuel Kant es otro

---

<sup>15</sup> José Joaquín Ugarte, «Capítulo VI. La eutanasia», en *El derecho de la vida. El derecho a la vida. Bioética y derecho* (Santiago: Editorial Jurídica, 2006), 205.

<sup>16</sup> Dowbiggin, *A Concise History of Euthanasia*, 30-31.

<sup>17</sup> Dowbiggin, 36.

<sup>18</sup> Dowbiggin, 38.



## [ ¿Qué dicen otras religiones sobre el suicidio? ]

En la opinión de Ian Dowbiggin, las principales religiones alrededor del mundo (hinduismo, budismo, confucianismo e islamismo) están fundamentalmente en contra del suicidio y de la eutanasia. La mayoría de estas tradiciones religiosas admiten formas de auto-destrucción del cuerpo, pero siempre amparadas en figuras ascéticas (los hindúes encuentran respetable a la persona que muere producto de un ayuno prolongado) o de auto-sacrificio (como el martirio para los seguidores del islam).

En el caso del hinduismo la aceptación absoluta de la voluntad divina y la creencia en la reencarnación hacen que sus adeptos rechacen toda práctica de suicidio. El budismo por su parte tiene dentro de sus cinco preceptos fundamentales el “no matar ninguna cosa viviente”. En consecuencia, esta práctica no es una forma aceptable de terminar con el sufrimiento de la vida. Para los seguidores del confucianismo, el suicidio es una forma de desprecio e ingratitud hacia los padres por el don de la vida. Por último, el Islam considera el dolor como un modo de expiación de los propios pecados, por lo que cualquier expresión de auto-destrucción del cuerpo es una interferencia con los planes de Dios para el ser humano.

*Dowbiggin, Ian, “Other World Religions”, en. A Concise History of Euthanasia: Life, Death, God, and Medicine, 14-15*

importante pensador que intentará salvar las premisas religiosas con argumentos seculares y de cuyo pensamiento hablaremos más tarde.

A juicio de Dowbiggin, esta defensa de la indisponibilidad de la vida humana dio nuevos aires al cristianismo.<sup>19</sup>

### **e. Los movimientos proeutanasia: desde sus inicios hasta la actualidad**

A fines del siglo XIX y comienzos del XX, en EEUU y otros países occidentales, la eutanasia volvió a entrar en el debate público, gracias a la creciente popularidad de ideas como el darwinismo social, el naturalismo científico, el positivismo, la eugenesia y la fe en el progreso.<sup>20</sup> Diversas organizaciones no gubernamentales promovieron estas ideas, abogando para que la eutanasia pudiese aplicarse a adultos y recién nacidos con discapacidad, pacientes geriátricos que hayan perdido la conciencia o personas desventajadas. Destacan entre ellas la *Euthanasia Society of America*, fundada en 1938, luego de dos fallidos intentos de aprobación de esta práctica en Ohio (1906) y Nebraska (1937).

La creciente popularidad de esta práctica se vio abruptamente quebrada hacia el fin de la Segunda Guerra Mundial, al hacerse públicas, a través de los juicios de Núremberg, las prácticas de eutanasia con fines eugenésicos desarrolladas en la Alemania nazi. El mundo vio con horror cómo en los campos de concentración se quitó la vida a más de 100.000 niños y adultos discapacitados, a través de proyectos como el Aktion T-4, bajo el argumento de que ciertas vidas eran indignas de ser vividas y significaban una carga para el desarrollo de país.<sup>21</sup> El Tribunal Penal Militar condenó toda clase de eutanasia activa, dejando por muchos años en total desprestigio los movimientos pro-eutanasia y afirmando una cierta revalorización de la vida y de la dignidad individual.

Solo durante los años sesenta la *Euthanasia Society of America* pudo retomar sus actividades en EEUU, siendo rebautizada como *Society for the Right to Die* y, junto con nuevas ONGs, como la *Concern for Dying* y la *Hemlock Society*, comenzaron una nueva lucha por la legalización de la eutanasia por medio de iniciativas tales como consejerías o publicaciones.<sup>22</sup> Actualmente no puede entenderse la aplicación y legalización de

---

<sup>19</sup> Dowbiggin, 38.

<sup>20</sup> Ian Robert Dowbiggin, *A merciful end. The Euthanasia movement in modern America* (Oxford y Nueva York: Oxford University Press, 2003), xiii.

<sup>21</sup> Dowbiggin, *A Concise History of Euthanasia*, xii.

<sup>22</sup> Guenter Lewy, «1. Introduction», en *Assisted Death in Europe and America: Four Regimes and Their Lessons* (Oxford: Oxford University Press, 2010), 4.

estas prácticas en países como Suiza, Holanda o Bélgica sin el influyente trabajo de estas organizaciones.

## f. ¿Es religiosa la oposición a la eutanasia?

Como hemos visto, la legitimidad del suicidio y la eutanasia parece aumentar o disminuir en Occidente según la fuerza o debilidad que tenga el cristianismo en un determinado momento. No es sorprendente, entonces, que esta práctica reciba hoy un mayor apoyo en países más secularizados (algo que tampoco es absoluto, como veremos más adelante).<sup>23</sup> Podría parecer entonces que el rechazo a la eutanasia se reduce a una posición intrínsecamente religiosa. Sin embargo, esto es un error: ciertamente la religión ayuda a muchos, por medio de su autoridad, a elaborar y seguir ciertas normas éticas —en este caso, la prohibición de matar al inocente—.<sup>24</sup> No obstante, esto no quita que dicha norma pueda ser explicada en términos racionales. En cierto sentido, esta fundamentación racional es anterior a la perspectiva religiosa. Veamos por qué.

Tal como indica Dowbiggin, todas las grandes tradiciones ético-religiosas rechazan la idea de acabar con la propia vida de forma deliberada.<sup>25</sup> Se trata de un consenso bastante particular, sobre todo si se consideran las grandes diferencias entre estas tradiciones religiosas: tres son monoteístas (judaísmo, cristianismo e islamismo), una politeísta (hinduismo), otra podría ser catalogada como agnóstica (budismo) y una última puede ser clasificada como doctrina ética (confucianismo). No hay

<sup>23</sup> En nuestra opinión, los movimientos contemporáneos pro-eutanasia entran en esta misma dinámica y son los sucesores de la actitud crítica ilustrada del XVII-XVIII y especialmente, del científicismo naturalista de los siglos XIX-XX. No significa que movimientos como EXIT o Dignitas actualmente validen la eugenesia, pero sí que son precursores directos de grupos que promovieron activamente estas prácticas.

<sup>24</sup> Se hace la salvedad del inocente dado que al menos en el cristianismo, sí es lícito matar a alguien en al menos dos circunstancias: 1) por legítima defensa o 2) por pena de muerte. En este caso no se tiene la intención formal de matar, sino de hacer prevalecer el derecho a la vida propio o de otro frente a una agresión injusta. Por otra parte, el caso de la pena de muerte en la práctica no aplica, dado el actual desarrollo de los estados modernos, que son capaces de imponer otro tipo penas más acordes a la dignidad humana, como la pena de muerte. Para más detalles se recomienda consultar: José Joaquín Ugarte Godoy, *Curso de filosofía del derecho*. Tomo 1, vol. I (Santiago: Edición Universidad Católica, 2010), 559-60.

<sup>25</sup> En este documento entendemos como grandes tradiciones ético-religiosas a aquellas que acompañan —y en cierto modo, dan origen— a las principales civilizaciones del mundo y que persisten hasta el día de hoy. Para un análisis más exhaustivo sobre qué es una civilización, se recomienda: Huntington, Samuel P. *The clash of civilizations and the remaking of world order* (Nueva York: Simon & Schuster, 2011). Por otro lado, la mayor parte de estas tradiciones cuentan con figuras de auto-inmolación, como es el caso del martirio en el islam y el cristianismo. Pero en estas situaciones el fin no es acabar con la vida, sino entregar la vida como ofrenda a una causa mayor. En el contexto del martirio, el fin es confesar una verdad de fe al costo de pagar tal testimonio con la propia vida. En otras palabras, aun cuando el acto de un martirio o un suicidio asistido pueda llegar a ser materialmente el mismo (tanto el mártir como el suicida consienten que se les quita la vida) su finalidad es completamente distinta.

contenidos religiosos coincidente entre todas estas tradiciones.

¿Qué tienen en común, entonces, estas perspectivas de lo divino, tan diferentes unas de otras?

El punto compartido es, más que una concepción religiosa, una actitud ética. Todas estas tradiciones se fundamentan en el concepto de *don*: comprenden el origen de la vida en un principio anterior a la propia voluntad, que los seres humanos pueden reconocer y al cual se deben.<sup>26</sup> Este puede ser Dios (tradiciones monoteístas) o los padres y ancestros (confucianismo). Incluso el bien común de la ciudad (Aristóteles) entra en esta lógica.

Podría pensarse que la noción de don presupone la existencia de Dios. Esto es cierto, en tanto se entienda que reconocer que una divinidad exista no implica un acuerdo respecto de cómo esta es. Son, de hecho, las religiones las encargadas de mostrarnos aquello que la razón por sí misma es incapaz de conocer. Así, el comportamiento ético y el religioso son diferentes. Un comportamiento religioso sería, en ese sentido, asistir a una eucaristía católica, donde la Iglesia afirma que en las especies de pan y vino Jesús está realmente presente. En efecto, creer eso es algo que está más allá de todo razonamiento natural.

Si la asistencia a un determinado rito es un comportamiento religioso, rechazar la eutanasia no necesariamente lo es. Creer que la vida es un don anterior a la propia voluntad y que mantenerla es un acto de respeto y veneración por quien la dio (Dios, la ciudad, ancestros) es un esfuerzo ético. La religión, en ese sentido, solo refuerza una mentalidad complementaria, pero distinta.

Por último, la idea de Dios no es exclusivamente religiosa, pues asuntos como su existencia o cuáles son sus atributos son preguntas que también trata la filosofía y que pueden ser fundadas racionalmente.

## 2. Definiciones e implicancias prácticas

### a. Definición

Hoy en día, cuando el debate por la legalización de la eutanasia está plenamente instalado, la OMS la define sencillamente como “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. A su vez, la eutanasia se distingue del suicidio médico asistido. Mientras que en el caso de la eutanasia es el médico u otro especialista quien termina con la vida, generalmente a través de una inyección letal, en el suicidio médico

---

<sup>26</sup> Para profundizar en esta perspectiva, se recomienda leer: Eduardo Valenzuela. «Paternidad: don y autonomía». *Humanitas* XVI (1999), 625-37.

asistido el profesional de la salud "proporciona los medios para que la persona ejecute su propia muerte".<sup>27</sup>

Ambos conceptos son ampliamente usados tanto en la literatura especializada como en los medios de comunicación y las legislaciones internacionales. Sin embargo, con el fin de simplificar la discusión y considerando que el suicidio asistido es menos frecuente, para efectos de este informe, cada vez que se hable de eutanasia se hará referencia a ambas prácticas a menos que se especifique lo contrario.

## b. Clasificaciones y su utilidad

Los distintos tipos de eutanasia pueden clasificarse según la persona que aplica el procedimiento, la acción que realice y el nivel de consentimiento del paciente.

Para clasificar el nivel de consentimiento del paciente, la literatura bioética distingue entre cuatro tipos de eutanasia: voluntaria –consentida por el paciente–, involuntaria –no considera la voluntad del paciente–, contravoluntaria –se aplica contra la voluntad del paciente– y no-voluntaria –el paciente está incapacitado para decidir–. En lo que respecta al tipo de acción, esta puede ser activa –acción que busca acabar con la vida del paciente – o pasiva –omisión que busca acabar con la vida del paciente–.<sup>28</sup>

Por otro lado, la distinción entre eutanasia activa y pasiva no tiene mucho sentido desde el punto de vista ético. Se puede afirmar lo anterior dado que una persona en posición de garante que omite suministrar cuidados básicos a su alcance para mantener la vida de su protegido es tan culpable de la muerte de éste como quien comete directamente un homicidio. La distinción, sin embargo, sí es relevante desde un punto de vista legal, ya que, como veremos, algunos países permiten la eutanasia pasiva y prohíben la activa.

## c. Los límites de la eutanasia: la adecuación terapéutica

Siguiendo el razonamiento de Raúl Madrid, tanto los médicos como el enfermo buscan restaurar la salud y mantener la vida. No obstante, no todas las acciones tendientes a conservar la vida son obligatorias, ni su

<sup>27</sup> Alfonso Gómez-Lobo y John Keown, *Bioética y los bienes humanos* (Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica, 2018), 123, 128.

<sup>28</sup> María Alejandra Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿Digna?», en *Problemas Contemporáneos de Antropología y Bioética*, Primera Edición, Temas Actuales (Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad, 2008), 164-65.

omisión *per se* es eutanasia.<sup>29</sup> Habrá que distinguir en cada caso concreto los medios a aplicar para restaurar la salud del paciente. Para facilitar la discusión práctica de casos concretos, la literatura suele clasificar los medios para la salud según dos criterios: según el origen de la necesidad o según su proporcionalidad.

Según el origen de la necesidad, los medios pueden ser naturales o no naturales. Los primeros serían aquellos que cualquier ser vivo sano necesita. Tradicionalmente se incluyen en esta categoría el agua, la comida y el oxígeno. Asimismo, pensamos que, en principio, se podría incluir la vestimenta o refugio. Los no naturales, en cambio, serían aquellos cuidados que el paciente, por deficiencias propias de la enfermedad, necesita recibir. Un ejemplo son las transfusiones sanguíneas, cirugías, diálisis y en general las intervenciones propiamente médicas. La importancia de esta distinción radica en que, sin importar las dificultades o el estado del paciente, los medios naturales deben suministrarse siempre que el paciente pueda recibirlos. Para el médico o el personal hospitalario, dada la posición de garante que ellos tienen respecto de la vida del paciente, negarlos consiste simplemente en homicidio por omisión, conducta tan condenable como homicidio simple, o aún más, por el sufrimiento que le implica al paciente morir en estas condiciones.

En segundo lugar, los medios para la salud pueden ser clasificados, según su proporcionalidad, como ordinarios o extraordinarios. Los primeros serían aquellos que un profesional puede emplear con la esperanza de un beneficio al eventual paciente. Por el contrario, los medios extraordinarios son aquellos diagnósticos o procedimientos terapéuticos que, en determinadas circunstancias, un individuo puede no emplear al no tener esperanza de un beneficio al paciente en cuestión.

A mayor abundamiento, José Joaquín Ugarte cita una obra del médico Pablo Aguilera, en la que se entregan más consideraciones para ayudar a establecer cuándo un medio es ordinario u extraordinario:

1. Si da o no esperanza de un beneficio que valga la pena, tanto por su calidad como por su duración;
2. Se debe considerar la precariedad del estado en que haya de quedar la persona;
3. Si el tratamiento mejora un mal pero no la condición del paciente;
4. Los peligros en contraposición a los beneficios de la intervención;
5. Si el uso de un medio importa una excesiva dificultad para la persona que debe emplearlo, aunque no sea así para la mayoría de las personas, para él ese medio se reputa extraordinario. Así, la determinación de si un medio es extraordinario es, en este sentido relativa a cada sujeto en particular:

---

<sup>29</sup> Raúl Madrid, «Curso de Fundamentos Filosóficos del Derecho. Apuntes de Clase», 2013, 392.

6. La dificultad debe derivar del medio, no del estado del paciente. Si la vida de la persona se ha hecho muy dura, pero su cuidado sigue dependiendo de medios ordinarios, no hay razones para omitirlos.
7. La dificultad debe ser proporcionada al mandato de conservar la vida. Dicho de otra forma, la dificultad debe ser lo suficientemente grande como para considerar un medio como extraordinario a la luz del deber de conservar la vida.
8. El medio ordinario debe ser común o habitual en la práctica médica;
9. Los medios ordinarios deben usarse también para tratar a aquellos que padecen de incapacidad permanente por estar en estado vegetativo persistente.<sup>30</sup>

La importancia de esta clasificación radica en que existe obligatoriedad de proporcionar medios ordinarios, pero no los extraordinarios. Como dice José Joaquín Ugarte, “no debe calificarse como eutanasia la renuncia a los medios extraordinarios de conservación de la vida, que se hace por la dificultad que importan o el poco beneficio que reportan o los riesgos que traen consigo”.<sup>31</sup>

Lo anterior implica hacer un cuidadoso juicio sobre cuándo una nueva intervención médica es una ayuda y cuándo es un aplazamiento innecesario de una muerte natural. Determinar que no vale la pena ensañarse con el paciente con nuevos tratamientos no significa en ningún caso abandonarlo a su suerte, sino simplemente cambiar los fines de la terapia. Lo que se busca entonces es proveerle al enfermo el mayor bienestar posible en sus últimos días. A este proceso se le conoce desde la medicina como adecuación terapéutica.<sup>32</sup> Veremos más adelante que, cuando este se desarrolla correctamente, trae grandes beneficios no solo al paciente, sino también a los sistemas de salud nacionales y a la sociedad en su conjunto.

#### **d. Sedación paliativa: un caso especial de adecuación terapéutica**

Una estrategia de adecuación terapéutica que merece especial atención es la sedación paliativa. Esta práctica se define como el “uso monitoreado

<sup>30</sup> Ugarte, «Capítulo VI. La Eutanasia», 191-93.

<sup>31</sup> Ugarte, «Capítulo VI. La Eutanasia», 212.

<sup>32</sup> Este concepto es análogo al de no-ensañamiento terapéutico, no-encarnizamiento terapéutico o limitación del esfuerzo terapéutico. De todos estos conceptos, el más utilizado actualmente es el de adecuación, enfatizando que lo que se busca no es restringir los medios a utilizar, sino que reorientar los fines del tratamiento. Para más información consultar: F. M. Pérez Pérez, «Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida», *Medicina de Familia. SEMERGEN* 42, N° 8 (1 de noviembre de 2016), 566-74.

de medicamentos destinados a disminuir o suspender la conciencia con el fin de aliviar sufrimientos intratables de otro modo".<sup>33</sup> Lo que esta formulación llama sufrimientos intratables es lo que en el mundo de los cuidados paliativos se conoce como síntomas refractarios o, dicho de otro modo, dolores que no pueden ser manejados a través de los medios técnicos disponibles. Si bien existe cierta polémica sobre si considerar o no esta práctica como eutanasia, como bien indica la definición, el fin de la sedación paliativa no es terminar deliberadamente con vida del paciente, sino aliviarlo de dolores extremos aun cuando esta inevitablemente termine por acabar con su vida. En ese sentido, desde el principio del doble efecto, la sedación paliativa no sería eutanasia siempre cuando se trate de dolores que no puedan ser tratados de otra forma y que el enfermo se haya preparado adecuadamente para su muerte.<sup>34</sup>

### 3. Estado actual de la discusión sobre eutanasia en el mundo

#### a. Eutanasia y opinión pública

Aun cuando los países que prohíben la eutanasia son muchos más que aquellos donde es legal o tolerada, se trata de un tema controvertido dentro de la población: según la Encuesta Mundial de Valores en su versión 2010-2014, el 47% de la población de 29 países de todo el mundo considera que la eutanasia no es justificable en ningún caso, mientras que el 53% restante la aprueba en algún grado, que puede ir desde tolerarla en situaciones excepcionales hasta apoyarla en toda situación.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Claudia Bozzaro y Jan Schildmann, «“Suffering” in Palliative Sedation: Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice», *Journal of Pain and Symptom Management* 56, N° 2 (agosto de 2018), 288.

<sup>34</sup> «Es lícito hacer un acto de suyo bueno, del cual se sigan dos efectos, uno bueno y otro malo, con tal que: I] Se busque o intente el efecto bueno y el malo solo se tolere; II] Haya una razón proporcionalmente grave para permitir el efecto malo y III] Que el efecto bueno no se obtenga por medio del malo: es decir que este no sea un medio para aquél, porque entonces se estaría haciendo un mal para lograr un bien, lo que, (...) es siempre moralmente inadmisibile.» Ugarte, «Capítulo VI. La Eutanasia», 64. Esto es algo indicado también por la Iglesia Católica, que dice al respecto, en su declaración *lura et bona*, acerca de la eutanasia: “Los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular: Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no solo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pío XII advierte que ‘no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo’”. Congregación para la Doctrina de la Fe, «Declaración “lura et Bona” sobre la eutanasia» (Ediciones Obispado de San Bernardo, 5 de mayo de 1980, 42), [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_eutanasia\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_sp.html).

<sup>35</sup> El encuestador pide al entrevistado que defina de 1 a 10 qué tan justificable es la eutanasia, donde 1 es “nunca es justificable” y 10, “siempre es justificable”.



Este porcentaje general, por supuesto, muestra enormes variaciones entre distintos países. La eutanasia, por ejemplo, tiene altos niveles de desaprobación en países como Libia (75,4%), Georgia (71,8%), Pakistán (71,1%) o Ruanda (67,7%). En América Latina también existen, por lo general, altos niveles de oposición hacia esta práctica, especialmente en Brasil (68,1%), Ecuador (57,2%) y Haití (56,7%). Paradójicamente Colombia también cuenta con una alta tasa de desaprobación de la eutanasia (53,4%), aun cuando se ha permitido por vía judicial. Algunos países con bajos niveles de rechazo son: Holanda (6,3%), Suecia (9,8%), Nueva Zelanda (14,9%), Hong Kong (21,7%), Sudáfrica (22,7%) y Uruguay (30,5%).

En general se observa que la aprobación de esta práctica tiende a aumentar en Europa occidental y mantenerse, e incluso disminuir, en los países de Europa central y oriental. En EEUU, algunas encuestas también detectan una baja en la legitimación de la eutanasia, al menos en el periodo 2005-2012.<sup>36</sup>

Los datos anteriores, sin embargo, deben ser leídos con cautela. Es probable que esta encuesta sobreestime la aprobación de la eutanasia por una doble dificultad: el orden y la formulación de las preguntas. La influencia que tiene el diseño de la encuesta en los resultados de un estudio es algo bien documentado en las ciencias sociales, y los sondeos de opinión pública sobre eutanasia no son la excepción.

Respecto al orden, resultan interesantes los hallazgos de una investigación sobre el apoyo a la eutanasia en diferentes casos, realizada a 3.050 habitantes de Noruega.<sup>37</sup> El estudio concluye que, cuando se exponen los casos más polémicos primero, los encuestados son más proclives a legitimar una eutanasia en el caso presentado inmediatamente después.

Un segundo punto a considerar es el fraseo —o dicho de otro modo, el modo en que está redactada la pregunta—. Según Ezekiel y sus colegas, en EEUU los cambios de formulación pueden significar una diferencia de aprobación de entre 10 y 15 puntos porcentuales. Un estudio telefónico a 991 habitantes de Quebec evidenció que la eutanasia recibe hasta un 11% más de aprobación cuando se usa la formulación normalmente utilizada en Canadá para sondear la aprobación de esta práctica.<sup>38</sup> Basándose en los hallazgos de esta investigación, los autores hacen cuatro

<sup>36</sup> Ezekiel J. Emanuel et al., «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», *JAMA* 316, Nº1 (5 de julio de 2016), 81, <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>.

<sup>37</sup> Morten Magelssen et al., «Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment», *BMC Medical Ethics* 17, Nº1 (27 de abril de 2016), 24.

<sup>38</sup> "¿Cree que un doctor competente pueda ser autorizado por la ley para terminar con su vida por compasión, mediante un consentimiento formal por escrito?" (Traducción propia).

recomendaciones a la hora de formular esta pregunta: 1) evitar términos tangenciales tales como “doctor competente”, 2) mantener una formulación breve y directa, 3) dar cuatro opciones de respuesta, para dar más flexibilidad a los encuestados, y 4) no usar la palabra “eutanasia”, sino describir la práctica.

El último de estos puntos es especialmente relevante, pues el mismo estudio da cuenta de una gran confusión entre los encuestados entre eutanasia y otras prácticas al final de la vida: el 66% confundía la eutanasia con el retiro de tratamiento, el 49% con la provisión de analgésicos para aliviar el dolor que también aceleraran la muerte, y el 38% con la suspensión de un tratamiento.<sup>39</sup> Esta confusión es especialmente grave: según un estudio dirigido por Isabelle Marcoux, las personas que no distinguen correctamente entre el retiro de un tratamiento y la eutanasia tienden a estar en mayor medida a favor de esta última. En otras palabras, si la formulación de qué es eutanasia no es precisa, es más probable que los encuestados confundan términos y declaren apoyar algo en lo que en realidad no creen. No hay razones para creer que en Chile esta situación pueda ser diferente.

Como veremos más adelante, las encuestas chilenas suelen incurrir en alguno de los puntos mencionados, por lo que hay buenas razones para pensar que los datos presentados sobre la aprobación de la eutanasia estén sobreestimados.

En cuanto a los factores que inciden en la aprobación de la eutanasia, según un estudio encargado por la revista *The Economist* en 15 países, las personas con mayor escolaridad y las más jóvenes suelen ser más favorables a la legalización de eutanasia.<sup>40</sup> Otra investigación indica que en EEUU las personas de raza blanca también suelen aprobarla, confirmando el sesgo económico que suele tener esta práctica.<sup>41</sup> La evidencia empírica también muestra que la religión es un factor importante: las personas más religiosas suelen oponerse con más fuerza a la eutanasia que aquellas que no lo son. Asimismo, en los países considerados más religiosos la aproba-

---

<sup>39</sup> Isabelle Marcoux, Brian L. Mishara y Claire Durand, «Confusion Between Euthanasia and Other End-of-Life Decisions: Influences on Public Opinion Poll Results», *Canadian Journal of Public Health* 98, N°3 (2007), 237.

<sup>40</sup> «Attitudes towards assisted dying», *The Economist*, 27 de julio de 2015, <https://www.economist.com/briefing/2015/06/27/attitudes-towards-assisted-dying>. Si bien este estudio es específicamente sobre suicidio asistido, estas tendencias se observan también en la práctica de la eutanasia.

<sup>41</sup> En otras palabras, las personas de mayor nivel socio-económico suelen aprobar más la eutanasia que las personas de menor nivel. Emanuel et al., «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», 81.

ción de esta práctica suele ser menor.<sup>42</sup> Sin embargo, estas tendencias no son universales: de acuerdo con este mismo estudio, en Polonia e Italia no existe asociación entre apoyo a la eutanasia y edad. En otras palabras, las personas jóvenes de ambos países se muestran tan contrarios a la eutanasia como las personas mayores. Esto sugiere que la eutanasia no es una consecuencia inevitable de la modernidad y el desarrollo.

## b. La eutanasia en el Derecho comparado

Es interesante hacer una breve revisión de los países que prohíben, toleran o aprueban este tipo de prácticas. Al menos 31 países han prohibido expresamente tanto la eutanasia como el suicidio asistido.<sup>43</sup> En nuestro continente podemos encontrar en la lista a Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela. En Europa encontramos a países como Bulgaria (desde el 2004), República Checa, Francia, Italia, España y Grecia, entre otros.

En otras naciones estas prácticas no son legales, pero sí toleradas en su ejecución. Por ejemplo, en Albania, Alemania, Finlandia, Japón y Suecia se tolera el suicidio asistido. En América Latina, Colombia y Uruguay cuentan con la figura del asesinato u homicidio piadoso. Esto quiere decir que, si bien ninguno de estos estados ha legalizado esta práctica, los tribunales no sancionan al médico que aplique la eutanasia o suicidio asistido, amparándose en esta figura legal.<sup>44</sup>

A febrero del 2018, la eutanasia es legal en 6 países y un estado de Australia<sup>45</sup>. Por otro lado, el suicidio asistido se encuentra legalizado en 4 países del mundo y 5 estados de EEUU. El primero en legislar a favor de ambas prácticas fue Holanda (2001), seguido muy de cerca por Bélgica (2002)<sup>46</sup>, donde la ley, en teoría, no considera el suicidio asistido. Adicionalmente, este último aprobó el 2014 la eutanasia para menores de edad, previa autorización de los padres. Posteriormente, Luxemburgo

<sup>42</sup> Ezekiel J. Emanuel et al., «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», *JAMA* 316, N° 1 (5 de julio de 2016), 81.

<sup>43</sup> Javier Villamor; «El mapa de la eutanasia en Occidente: 29 países la prohíben y 9 la permiten», Diario electrónico, *Actual* (blog), 8 de febrero de 2018, <https://www.actual.com/vida/el-mapa-de-la-eutanasia-en-occidente-29-paises-la-prohiben-y-9-la-permiten/>.

<sup>44</sup> Bellolio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile», 52.

<sup>45</sup> Los paréntesis indican indistintamente el año en que el proyecto fue aprobado por el poder legislativo, ratificado por el poder judicial o promulgado legalmente.

<sup>46</sup> Sin embargo, el año 2004 la comisión de control aprobó la idea de que el suicidio asistido era una forma de eutanasia, siempre cuando cumpliera con lo requisitos de la ley Guenter Lewy, «3. Voluntary Euthanasia in Belgium», en *Assisted death in Europe and America: four regimes and their lessons* (Oxford University Press, 2010), 48.

(2009) y Canadá (2015)<sup>47</sup> han aprobado tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Por otro lado, Suiza (1918<sup>48</sup>) y los estados de Oregon (1997), Washington (2009), Montana (2009), Vermont (2013), California (2015), Colorado (2016) y la ciudad de Washington D.C. (2017) permiten solamente el suicidio asistido. El último en aprobar esta práctica fue el estado australiano de Victoria (2017). Como es de esperar, la eutanasia cuenta con un apoyo importante en la población de estos países o estados.

#### 4. La eutanasia en nuestro país

A la fecha, existe un proyecto de ley en discusión en nuestro Congreso Nacional que establece y regula el derecho a la eutanasia. Nace de la fusión de tres proyectos anteriores: uno presentado por diputados de derecha liberal (boletín 11.745), otro por legisladores de izquierda progresista (boletín 11.577) y un tercero mixto (boletín 7.736).<sup>49</sup> La ley, además de abrir la puerta a la eutanasia en Chile, tiene una serie de dificultades: por ejemplo, no crea comisiones revisoras, que se aseguren de la correcta aplicación del procedimiento. En el siguiente capítulo se analizarán en detalle estos y otros problemas del proyecto de ley que actualmente está en discusión.

En cuanto al apoyo que recibe la eutanasia en Chile, esta parece tener un respaldo mayoritario en la población, como muestran al menos tres encuestas de opinión pública. Sin embargo, como veremos a continuación, los tres sondeos tienen distintos problemas metodológicos, principalmente el modo en que están formuladas las preguntas. No sería extraño, entonces, que los niveles de aprobación reales de los chilenos sean bastante más bajos que los manifestados por las encuestas disponibles.

Una primera fuente son los estudios realizados por CADEM, consultora que realiza encuestas telefónicas todas las semanas. Esta tiene el mérito de haber sido aplicada en múltiples ocasiones durante los últimos cinco años, siendo la que más datos ha provisto sobre el tema. Según se indica, la aprobación de la eutanasia en nuestro país fluctúa entre el

---

<sup>47</sup> Mariana Parreiras Reis de Castro et al., «Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática», *Revista Bioética* 24, n° 2 (agosto de 2016), 360.

<sup>48</sup> Desde los años ochenta, diversas ONG practican suicidios asistidos amparados en el artículo 115 del Código Penal suizo, que castiga el suicidio asistido únicamente cuando es realizado por «motivos egoístas». Suiza, sin embargo, no ha actualizado desde entonces su legislación, y hasta la fecha efectúa las prácticas relacionadas con la eutanasia en dicho cuerpo legal de principios del siglo XX. Mariana Parreiras Reis de Castro et al., «Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática», *Revista Bioética* 24, N°2 (agosto de 2016), 355-67.

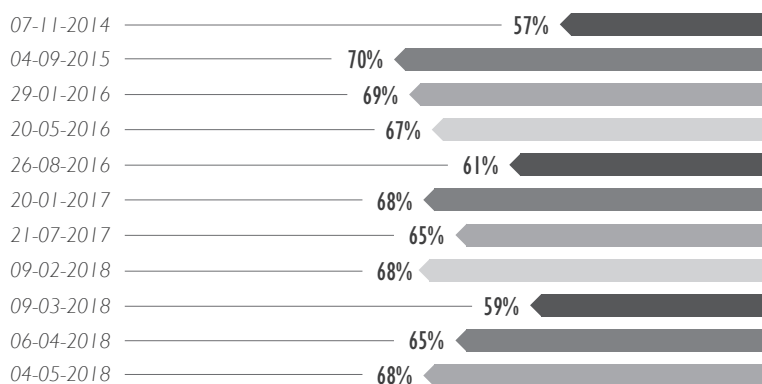
<sup>49</sup> Editor, «Aprueban en general tres proyectos relativos a eutanasia», Cámara de diputados de Chile, 20 de agosto de 2018, [https://www.camara.cl/prensa/noticias\\_detalle.aspx?prmId=134904](https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=134904).

57% y el 70%, desde el año 2014 a la fecha. No es posible establecer una tendencia a partir de los datos, como puede verse en el gráfico n° 1.

La encuesta CADEM, sin embargo, tiene al menos dos grandes dificultades: en primer lugar, al ser telefónica, tiende a tener un alto porcentaje de no respuesta, obligando a usar muestras de reemplazo<sup>50</sup>. El problema de esto último es que rompe con la aleatoriedad, requisito básico para poder reconocer estos datos como representativos de la realidad nacional.<sup>51</sup> El segundo problema va en la línea de lo planteado por la investigación de Isabelle Marcoux y tiene que ver con la formulación de la pregunta. Como ya vimos, un porcentaje significativo de personas confunden adecuación terapéutica con eutanasia, razón por la cual dicen estar a favor de esta práctica cuando en realidad rechazan la idea de que un enfermo conscientemente decida acabar con su vida.

### Gráfico n° 1: nivel de aprobación de la eutanasia en Chile según la encuesta CADEM, 2014-2018

*Posición en temas valóricos: en relación a algunos temas que se están midiendo en el país ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con...?*



Fuente: CADEM, «Encuesta Plaza Pública: semana 1 de mayo - Estudio N° 225» (mayo de 2018), 22.

<sup>50</sup> En términos intuitivos, la muestra de reemplazo es la inclusión de nuevos casos dentro de una muestra cuando la tasa de respuesta de una encuesta es muy baja. Es una técnica usada en muchos sondeos de opinión pública telefónicas o virtuales, tales como CADEM o MORI. Las muestras de reemplazo suelen estar compuestas por personas con un perfil similar a aquellas que no contestaron. Por ejemplo, durante el proceso de recolección de datos, la empresa puede darse cuenta que han contestado muy pocos hombres de 18 a 29 años. En tal caso, se busca intencionadamente entrevistar a persona de este perfil. El uso de esta y otra técnicas siempre genera sesgos de los que una muestra elegida aleatoriamente carece.

<sup>51</sup> Es decir, que todas las unidades de una población (en este caso, los habitantes de Chile mayores de 18 años) tienen la misma probabilidad de ser elegidas. A veces las encuestas tienen tasas de respuesta muy bajas, algo que suele ocurrir con las encuestas telefónicas. En esas ocasiones, es común que se opte por usar las ya mencionadas muestras de reemplazo.

Un tercer punto podrían ser las alternativas de respuesta: la empresa no indica cuales son las opciones dadas a los encuestados; si se trata de una escala de varias opciones o se reduce a un acuerdo/desacuerdo. De ser esta segunda opción, el dato está considerando a personas que solo aprueban la eutanasia en circunstancias muy determinadas. Por todas estas razones, es posible considerar que la real aprobación de la eutanasia sea más baja que lo referido por CADEM.

Una segunda fuente es la encuesta Bicentenario, un proyecto conjunto entre Adimark y la Pontificia Universidad Católica de Chile.<sup>52</sup> Los datos de esta encuesta son recolectados puerta a puerta, lo que asegura una tasa de respuesta mucho mayor. Esto permite respetar la selección aleatoria y, por ende, confiar que la información recogida es realmente representativa de la realidad nacional.

El año 2012, el 52% de la población estaba de acuerdo con la afirmación “terminar con la vida de los enfermos incurables es un acto justificable bajo ciertas circunstancias”. Un porcentaje similar de aprobación recibe la formulación del año 2014, donde el 53% de los encuestados se identificaba con la frase “los enfermos graves deberían tener derecho a optar por una muerte anticipada”. Sin embargo, el porcentaje aumenta a 69% el año 2018 ante la misma afirmación del 2012.

La tercera y última encuesta de opinión pública analizada es la CEP, una de las más rigurosas mediciones del país. Al igual que la encuesta Bicentenario, la recolección de estos datos es presencial, por lo que no hace falta utilizar muestras de reemplazo que anulen la aleatoriedad. Según los datos de esta encuesta en su versión de abril-mayo de 2017, el 22% cree que nunca debería ser una opción, el 57% afirma que debería estar permitido en casos especiales y el 14%, que siempre debería estar permitida.<sup>53</sup>

Con respecto a la formulación de la pregunta, si bien esta no habla de eutanasia en modo genérico, puede resultar confusa en lo que respecta a “muerte anticipada”: muchos podrían considerar que desconectar a alguien de un respirador artificial es una manera de acelerar su muerte y, sin embargo, esto no es eutanasia. Luego, la pregunta también podría inducir a los entrevistados a responder afirmativamente, aun cuando no aprueben acciones cuya intención sea acabar con la vida de una persona.

---

<sup>52</sup> «Encuesta Nacional Bicentenario Universidad Católica - Adimark», (2014), <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/01/PPT-ENCUESTA-UC-Adimark-2014.pdf>.

<sup>53</sup> Ricardo González, «Estudio Nacional de Opinión Pública N° 79» (2 de junio de 2017).

## [ ¿Qué señala el proyecto de ley de eutanasia en Chile? ]

El texto autoriza la aplicación tanto de la eutanasia como del suicidio asistido a la persona que cumpla los siguientes requisitos copulativos<sup>1</sup>:

- a) Haber sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable conforme a lo dispuesto en el artículo 16° por dos médicos especialistas en la enfermedad o dolencia que motiva la solicitud.
- b) Ser mayor de 18 años.
- c) Encontrarse consciente al momento de la solicitud. En el caso de que el paciente se encuentre inconsciente y dicho estado sea irreversible, procederá la asistencia médica para morir solo en el caso de que medie una declaración anticipada o testamento vital.
- d) Contar con la certificación de un médico psiquiatra o un médico especializado en medicina familiar que señale que, al momento de la solicitud, el solicitante se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, descartando enfermedades de salud mental que afecten la voluntad del paciente.
- e) Manifiestar su voluntad de manera expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre de cualquier presión externa.

El paciente debe además ser informado sobre los cuidados paliativos que le permitan hacer lo más soportable posible los efectos de la enfermedad. Adicionalmente, la voluntad del paciente debe ser expresada por escrito ante al menos dos testigos y un ministro de fe<sup>2</sup>. El proyecto de ley permite además, la eutanasia para los mayores de 14 con autorización de al menos uno de los dos padres y para los mayores de 16 prescindiendo de toda autorización parental. Cabe destacar que el proyecto no contempla ningún tipo de comisión revisora. Solamente dispone que los comités de ética de los hospitales deben dejar registro de la eutanasia.

Por parte del médico, la ley solo contempla la objeción de conciencia individual.

*Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. «Comparado proyectos de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos (boletines 7736-11, 9644-11, 11577-11 y 11745-11)» 2 de abril de 2019.*

<sup>1</sup> Todos a la vez.

<sup>2</sup> Basta que sea un solo ministro de fe.

## 5. Consideraciones finales: la eutanasia y el progreso

A principios del año 2019, el consejal por Madrid, Ramón Silva, apoyó la idea de despenalizar la eutanasia en España, argumentando que “la regulación y despenalización de la eutanasia es (algo) propio de una sociedad moderna”.<sup>54</sup> En efecto, hay quienes opinan que la legalización de la eutanasia es un paso que toda nación debe dar para lograr un mayor desarrollo y alcanzar cierta madurez cívica. Sobre la base de lo expuesto en este capítulo, existen al menos cuatro razones para creer que esto es incorrecto.

En primer lugar, desde los orígenes de Occidente, el rechazo a la eutanasia se asoció a la idea de libertad. La Grecia presocrática no tenía grandes escrúpulos frente al suicidio ni al suicidio médicamente asistido. Como vimos, esto se puede explicar en que para los griegos, la vida dependía de fuerzas externas que la determinaban irremediamente, donde el suicidio aparecía como una solución ante un destino trágico (como en el caso de Antígona).<sup>55</sup> En contraste, Platón, Aristóteles y más tarde el cristianismo conciben al hombre como un ser eminentemente libre, capaz de decidir por sí mismo el curso de su vida, pero haciéndose responsable por sus actos frente a quien le haya dado la vida (Dios, los padres, la ciudad).

En segundo lugar, según la mayoría de las encuestas, las personas de países más desarrollados suelen entregar más apoyo a la eutanasia. Pero este apoyo podría estar muy sobrerrepresentado. Como observó Isabelle Marcoux, las personas que distinguen correctamente la eutanasia de otras decisiones sobre el fin de la vida (que son la minoría) suelen estar en contra de la eutanasia en mayor grado que quienes confunden conceptos. El problema es que las encuestas de opinión, en términos generales, no logran hacerse cargo de esto de manera satisfactoria, sobreestimando el real apoyo que esta práctica tiene.

En tercer lugar, no todos los países desarrollados aprueban esta práctica. Un buen ejemplo al respecto es Polonia. Considerado por el Banco Mundial como un país de altos ingresos, el suicidio asistido tiene entre los polacos una aprobación de menos del 50% (y por los pro-

---

<sup>54</sup> Europa Press, «El Pleno de Madrid apoya regular la eutanasia con el rechazo del PP ante el marido de María José Carrasco».

<sup>55</sup> En la mitología griega, Antígona es una joven de origen noble, quien opta por el suicidio luego en medio de una vorágine de sucesos trágicos inexorablemente fijados por el destino.



blemas metodológico ya mencionados, probablemente mucho menos)<sup>56</sup>. Más aun, en Polonia las personas más jóvenes tienen el mismo nivel de rechazo a la eutanasia que las personas de edad más avanzada (cosa que ocurre también en Italia). En ese sentido, no hay razones para creer que el apoyo a la eutanasia o el suicidio asistido aumente en el mediano plazo en esos países.

Por último, no conocemos a ciencia cierta como evolucionará la práctica de la eutanasia. La experiencia de eutanasia en todo el mundo se reduce a unos pocos años de funcionamiento de la ley (en la mayoría menos de dos décadas) y en solo siete países del mundo. Es decir, un periodo de tiempo demasiado corto como para evaluar sus efectos y su recepción por parte de la población.

El progreso, entonces, no va necesariamente de la mano con la legalización de estas prácticas y más aun, su oposición ha ido de la mano —en determinados momentos de la historia— con conceptos que se suelen ser sinónimos de avance ¿Es evidente que la eutanasia es algo “moderno”, como sugiere el edil madrileño? Parece más bien una posibilidad, dentro de otras, de comprender el desarrollo, y no precisamente la más humanizadora. En efecto, como veremos en el siguiente capítulo, la aprobación de la eutanasia se apoya en ciertos supuestos filosóficos que no son para nada evidentes. Más aun, a partir de ellos surge una visión de ser humano que lejos de promover el desarrollo del hombre, atenta contra él.

---

<sup>56</sup> Usando los consejos de Isabelle Marcoux y sus colegas, la encuesta de IPSOS encargada por la revista *The Economist* tiene al menos tres problemas: 1) usa una pregunta larga y con detalles circunstanciales que pueden sesgar al encuestado. 2) La encuesta solo considera dos alternativas, lo que dificulta captar las personas indecisas o que entregan un apoyo muy restringido al suicidio asistido. 3) La encuesta usa un panel online, que si bien usa una muestra grande, no es aleatoria y por ende, no es representativa de la realidad nacional. En la misma encuesta, otros países con altos ingresos y bajos niveles de apoyo al suicidio asistido son Rusia (47%) y Japón (55%). *The Economist*, «Attitudes towards assisted dying».

**Capítulo 2**

**EUTANASIA: UN MAL A EVITAR, NO UN BIEN A PROMOVER**

En octubre de 2014, los columnistas Francisco José Covarrubias y Álvaro Fischer, dos conocidos defensores de la eutanasia, publicaron en *El Mercurio* un texto en defensa de esta práctica, argumentando lo siguiente:

Prohibir la eutanasia activa, como ocurre en Chile, significa condenar a los pacientes terminales a prolongar su sufrimiento en contra de su voluntad. Es por ello que la libertad de las personas debe incluir el derecho al bien morir; y permitir así a quienes llegan a sentirse como 'un peso para los demás' y desean terminar con su padecimiento y el de sus seres más cercanos, puedan hacerlo sin contravenir la ley. Se trata de un derecho que, ejercido con los resguardos del caso, como los mencionados, mejora la situación subjetiva de las personas que se encuentran en ese lamentable estado, y no produce daño a terceros. Por lo demás, el otorgar ese derecho no impone ninguna obligación a las personas que, por razones religiosas o de otra índole, no deseen utilizarlo.<sup>1</sup>

Los autores utilizan dos razones que, como ha mostrado Alejandra Carrasco, son recurrentes en la literatura bioética.<sup>2</sup> El primero y central es 'el problema del dolor', por usar un término acuñado por novelista y ensayista inglés C.S. Lewis: ¿Es posible obligar a alguien a sufrir innecesariamente? ¿No sería más compasivo acabar con su vida, si es que esa persona lo solicita?

El segundo argumento es el supuesto de la autonomía. Los autores de la columna acusan que la prohibición de esta práctica resulta ser una *condena* para los pacientes que por uno u otro motivo la solicitan. Esto, por lo demás, no impondría ningún mal a la sociedad en su conjunto: no dañaría a terceros y no impondría obligaciones a quienes estén en desacuerdo con la eutanasia. Entonces, ¿por qué denegar la solicitud de morir hecha por una persona de forma libre y voluntaria?

Este capítulo intenta refutar ambos argumentos a través de razones filosóficas y empíricas, además de mostrar las consecuencias jurídicas de los postulados a favor de la eutanasia. La reflexión filosófica es fundamental, pues, entre otras cosas, ilumina la evidencia y permite distinguir en profundidad el alcance de los argumentos en disputa. Este diálogo entre lo filosófico y lo empírico, además, permite acercarse al proyecto de ley sobre eutanasia que actualmente se discute en el Congreso. El hecho de que se intente regular esta práctica por medio de una ley es de suma relevancia, pues esta tiene una dimensión educativa que no puede ser desconocida: como veremos, el número de solicitudes

<sup>1</sup> Francisco José Covarrubias y Álvaro Fischer, «La Eutanasia Como Un Derecho Individual», *Diario, El Mercurio*, 4 de octubre de 2014, <http://www.elmercurio.com/blogs/2014/10/04/25756/La-eutanasia-como-un-derecho-individual.aspx>.

<sup>2</sup> Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿digna?»

de eutanasia y/o suicidio asistido aumenta progresivamente en los países donde esta se encuentra legalizada. Por esto, expondremos algunos puntos críticos de este proyecto particular, indicando qué consecuencias prácticas podrían acarrear. Por último, se mostrará exhaustivamente qué se dice desde los Derechos Humanos sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

Finalmente, luego de abordar la reflexión filosófica y la evidencia disponible, podremos concluir que la autonomía y el dolor físico no son las razones fundamentales que dan los solicitantes para pedir la eutanasia, que son más bien de carácter psicológico y existencial. En ese sentido, la humanidad expresada a través del acompañamiento y la provisión de salud mental son un apoyo altamente efectivo, ayudando a sacar el mejor provecho del sufrimiento que padecen. Dicho de otro modo, en la mayor parte de los casos la eutanasia no termina con los problemas de vida de las personas que la solicitan: termina con la vida de las personas con problemas.

## **I. El problema del dolor**

Fischer y Covarrubias defienden la eutanasia afirmando que es una solución suficiente al problema del dolor. Esto es algo que Fischer afirma aún más explícitamente en una entrevista: “Me parece poco compasivo no permitirle a una persona escoger su muerte si está teniendo un sufrimiento indecible. Justamente la compasión es la emoción que está detrás de admitir la eutanasia”.<sup>3</sup> Ciertamente, decir que un sufrimiento puede ser de tal magnitud que justifique acabar con una vida, presupone que es posible disponer de este bien en ciertas circunstancias. Este argumento, el de la autonomía, será abordado más adelante.

Veamos en profundidad, entonces, los problemas de defender la eutanasia como un remedio para el dolor: Si una vida es demasiado sufrida como para ser vivida, ¿no se haría un bien al eliminarla? ¿No sería más compasivo permitir morir a una persona “que se siente una carga”, en vez de obligarla a seguir viviendo? ¿No se sentirá mejor quién decide autónomamente cuándo morir? ¿Qué mal hace a terceros una persona que desea dejar de vivir?

---

<sup>3</sup> Alejandro Fainé, «La compasión es la emoción que está detrás de admitir la eutanasia», *La Segunda*, 2 de marzo de 2018, sec. Política.

## a. El contexto: una sociedad y una medicina cada vez más tecnificadas

Crear que el dolor es algo que puede ser extirpable solo puede hacer sentido en una sociedad que, gracias a los gigantescos avances técnicos de las últimas décadas, ha alcanzado un bienestar inédito. En un contexto donde parecíamos tener cada vez mayor control sobre la propia vida humana —y, por ende, sobre la muerte—, es fácil entenderla como una mera búsqueda de mayor placer y menor dolor. Así, no queda lugar en nuestra vida cotidiana para el sufrimiento.

La misma medicina parece haber entrado en este juego hedónico. De hecho, así lo señaló la psiquiatra y experta en cuidados paliativos Elisabeth Kübler-Ross, a base de su propia experiencia en un hospital de Chicago en la década de los sesenta:

Los grandes adelantos de la medicina habían convencido a la gente de que la vida debe transcurrir sin dolor. Puesto que la muerte iba asociada con el dolor, la evitaban. Los adultos (en el hospital en que trabajaba) rara vez hablaban de algo que tuviera que ver con ella. Si era forzoso hablar, se enviaba a los niños a otra habitación (...). Los médicos, que eran muy duchos en prolongar la vida, no entendían que la muerte forma parte de ella.<sup>4</sup>

La sociedad en general —y cierto modo de entender la medicina en particular— parecieran creer que el dolor, físico o mental, es algo de lo que podemos prescindir. Además de una ilusión, sin embargo, esto es una deshumanización de la medicina: el dolor es parte de la vida; tiene un sentido y una finalidad. Como veremos más adelante, esta ceguera tiene gravísimas consecuencias en el modo en que muchos médicos y profesionales de la salud entienden y aplican la eutanasia.

## b. La soledad y el sentimiento de ser carga para otros

Existen estudios cuantitativos y cualitativos que observan un menor apoyo a la eutanasia entre los pacientes terminales con mayor apoyo social.<sup>5</sup> Esto no es de extrañar: siendo el ser humano sociable por naturaleza, es lógico pensar que aquellas personas que cuentan con vínculos más

<sup>4</sup> Elisabeth Kübler-Ross, *La rueda de la vida* (Madrid: Suma de Letras, 2002), 190.

<sup>5</sup> Jaime Pacheco et al., «A Longitudinal Study of Attitudes toward Physician-Assisted Suicide and Euthanasia among Patients with Noncurable Malignancy», *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® 20, n° 2 (1 de marzo de 2003): 103; Andrea Rodríguez-Prat et al., «Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography», *PLoS ONE* 11, N°3 (24 de marzo de 2016), 9.

sólidos logren enfrentarse de mejor forma a la muerte. También es probable que los sentimientos de soledad y desamparo agudicen los deseos de morir en los pacientes terminales. Hay altas posibilidades, sin embargo, de que ellos sean importantes y necesarios para algo o alguien y que sencillamente no lo perciban.

Este es el caso de Godelieva de Troyer en Bélgica. La señora de Troyer murió el 2012 producto de un suicidio asistido alegando una depresión incurable (después de haber donado 2.500 euros a una fundación creada por el doctor que la asistió). A juicio de su hijo, Tom Mortimer, esta depresión se debía en gran parte a la distancia que ella sentía tener con su familia. Sin embargo, el doctor nunca contactó a Tom ni sus hermanos para comunicarles la intención de su madre. Tom se enteró, al día siguiente del suicidio y por boca de su esposa, sin haber tenido la opción de restaurar el vínculo con ella.<sup>6</sup>

El dolor y la rabia de Tom y sus hermanos por lo ocurrido revelan lo que esa madre (y el personal del hospital, por cierto) no fue capaz de ver: pese a las discordias, la familia de la paciente habría estado ahí para apoyarla.

Similar situación ocurre con el sentimiento de ser una carga. Existe evidencia, por ejemplo, de que en pacientes terminales con cáncer no existe relación entre la sensación de inutilidad y dependencia física objetiva. En otras palabras: si dos enfermos terminales tienen poca autonomía funcional (por ejemplo, si ambos presentan dificultad para comer por sí mismos), uno puede sentirse una carga y el otro, no. Esto da cuenta de que, por lo general, el sentimiento de ser una carga está más relacionado con causas psicológicas más que funcionales.<sup>7</sup>

Aun en los casos de total soledad y desamparo, el sufrimiento y la inutilidad de un miembro de la comunidad contribuyen al desarrollo de las virtudes sociales de los demás.<sup>8</sup> El sufrimiento de uno da la oportunidad a los otros de preocuparse por él.

Finalmente, y a pesar de los esfuerzos que hagamos por dominar esa dimensión, no tenemos completo control de nuestro cuerpo y nuestra salud. Siempre existe la posibilidad de que la persona mejore, como es el caso de un ciudadano chino que despertó de un coma tras de 12 años.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Tom Mortier, *L'euthanasie légale a changé la Belgique*, 2013, [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=26&v=TwCLxV9L6v0](https://www.youtube.com/watch?time_continue=26&v=TwCLxV9L6v0).

<sup>7</sup> Harvey Max Chochinov et al., «Burden to Others and the Terminally Ill», *Journal of Pain and Symptom Management* 34, N°5 (noviembre de 2007), 463-71.

<sup>8</sup> Ugarte, «Capítulo VI. La Eutanasia», 215.

<sup>9</sup> Equipo Emol Tendencias, «Hombre chino despertó tras 12 años en coma y su madre lo cuidó sagradamente: "Nunca voy a renunciar a él"», *Noticias, Emol*, 13 de noviembre de 2018, <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2018/11/13/927212/Hombre-chino-desperto-tras-12-anos-en-coma-y-su-madre-lo-cuido-sagradamente-Nunca-voy-a-renunciar-a-el.html>.

### c. Consecuencias legales de usar el sufrimiento como causal para solicitar una eutanasia

Los riesgos de legalizar la eutanasia bajo la figura de un sufrimiento insoportable son aun mayores. La dificultad para fijar criterios objetivos y medibles que se asignen al concepto de dolor vuelve sumamente difícil definir y determinar cuándo un paciente satisface los requisitos y cuándo no. En la misma línea, a juicio de Lewy, bajo este régimen es muy fácil transitar legalmente de un “sufrimiento [físico] severo” a un sufrimiento “existencial”.<sup>10</sup> Dicho de otra forma, una persona con grandes sufrimientos puede argumentar tener problemas psicológicos o existenciales y solicitar legítimamente que se le aplique una eutanasia. Como veremos más adelante, la prevalencia de la depresión es más alta entre las personas interesadas en la eutanasia que en el resto de la población. Además, el interés manifiesto por la eutanasia es más inestable cuando el paciente tiene depresión. Bajo estas circunstancias, hay una alta probabilidad de matar a una persona que, con el apoyo adecuado, podría cambiar de decisión (veremos más adelante algunos casos concretos).

### d. Problemas del concepto de “mala calidad de vida”

La mala calidad de vida de un paciente es una de las principales hipótesis o causales para considerar la eutanasia como una opción válida — incluso sin, o en contra de, la voluntad del paciente—. Sin embargo, determinar que la mala calidad de vida pueda ser una causal plausible en una regulación de eutanasia tiene diversas dificultades. En primer lugar, objetivar la calidad de vida por medio de parámetros médicos implica una distinción hecha sobre la base de criterios establecidos de manera arbitraria, cuestión que puede acabar en una decisión igualmente arbitraria entre la vida y la muerte. Es el caso, por ejemplo, de una mujer holandesa de 47 años que en el año 2015 recibió la eutanasia debido a una tinnitus aguda.<sup>11</sup> La medida fue criticada incluso en Holanda, pero muestra cómo, en los hechos, se hace muy difícil determinar cuando una vida es buena y cuando no.

Por otro lado, se trata de una hipótesis en la que el paciente no necesariamente puede o debe consentir. En ese sentido, cuando el Estado autoriza la muerte de una persona en estado vegetal —como ocurrió con Eluana Englaro en Italia (2009) o Vicent Lambert en Francia (2019)—, no puede olvidarse que esa decisión fue tomada por terceros.

<sup>10</sup> Lewy, «6. Assisted Death as a Last Resort», 153.

<sup>11</sup> Dutch News «Euthanasia Clinic Criticised for Helping Woman with Severe Tinnitus to Die».

En ese sentido, no obstante se han intentado establecer causas objetivas y determinantes, esto resulta imposible: como indica Ángela Vivanco, los criterios utilizados para medir la calidad de vida se emplean en realidad para determinar conjuntamente el valor y la dignidad de la vida del paciente.<sup>12</sup> En otras palabras, cuando en Holanda se aprueba la eutanasia de un alcohólico desesperado por su adicción (como de hecho ha ocurrido<sup>13</sup>), en realidad no solo se rechaza “su mala calidad de vida”, sino a la persona misma.

La menor valoración de una persona y de su dignidad por sus condiciones concretas o por una posible enfermedad dolorosa es, además de poco compasivo, absolutamente injusto, dado que todos los seres humanos son personas dignas y su vida siempre tiene valor.

En estos casos, las legislaciones tienden a establecer un listado de condiciones objetivas equiparables a una “mala calidad de vida” antes que establecerla como una causal. La existencia de criterios estandarizados cobra especial relevancia en casos de eutanasia no voluntaria, en donde los parámetros objetivos permitirían tomar decisiones “objetivas”. Esto implica hacer un juicio que permita distinguir quienes viven mal de quienes viven bien, de acuerdo a una serie de factores arbitrarios a los que se les asigna un valor determinante, tales como el coeficiente intelectual, auto-valencia, conciencia de sí, control de impulsos o sociabilidad, entre otros.

Por otra parte, establecer una causal de eutanasia por “mala calidad de vida” o “sufrimiento insoportable”, sin criterios estandarizados aparejados, es simplemente abrir una puerta al suicidio como alternativa médica, y en caso de pacientes que no pueden prestar su consentimiento, abrir esa puerta al homicidio.

Cabe destacar que esta causal supone una distinción previa y carente de sentido entre “estar vivo” y “tener una vida”, como si ambas realidades fueran separables cuando en realidad no lo son. No es posible señalar donde está el límite entre ambos conceptos, sencillamente porque todos quienes están vivos tienen una vida. Distinguirlos supone una distinción arbitraria entre personas iguales ante la ley. De esta forma, legalizar de la eutanasia y justificarla por una “mala calidad de vida” implica, necesariamente, que alguien ajeno al individuo que pretende la eutanasia para sí juzgue, por el motivo que sea, acerca del merecimiento, utilidad o valor que tiene la vida de un sujeto respecto de quien nunca podrá elaborar un juicio realmente adecuado.

---

<sup>12</sup> Vivanco Martínez, *Disposición sobre la vida humana y principios constitucionales: análisis del caso chileno*, 72.

<sup>13</sup> Embury-Dennis, «Man Euthanised Because He's an Alcoholic».



### e. El falso dilema de la compasión

Defender la eutanasia desde la compasión es un error; pues elude las preguntas que dan origen al debate. Esta palabra se define, según la RAE, como un “sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien”. Si ser compasivo consiste en hacer propia la pasión del otro, está claro que hay muchas maneras de reaccionar a estos sentimientos. En otras palabras, dos personas —uno partidario y el otro opositor de la eutanasia— pueden estar completamente compenetrados con el dolor y sufrimiento que un enfermo terminal está padeciendo y, aun a pesar de su acuerdo, tomar decisiones opuestas: el primero puede buscar la forma de acelerar la muerte y el otro acompañar al enfermo en esas horas difíciles.

Esta ambivalencia a la que hacemos mención ocurre justamente porque se trata de un estado emocional y como tal, es éticamente neutro: sentir deseos de hacer algo bueno no significa actuar de forma correcta. La compasión no da cuenta, entonces, del problema de fondo: saber qué estrategia se hace cargo de mejor forma del dolor y sufrimiento de un enfermo terminal. “Amar no es hacer la voluntad del otro, sino querer el bien del otro”, como dice Alejandra Carrasco.<sup>14</sup>

Tomarse esta pregunta en serio implica incluso ser capaz de mirar más allá de la voluntad del otro: aun si el paciente tiene manifiestos deseos de morir o pide abiertamente una eutanasia, lo adecuado es poner esas demandas en contexto.

Dicho lo anterior ¿es la eutanasia un bien para la persona? En términos absolutos, la respuesta es no, simplemente porque la muerte corta toda opción de desarrollo humano. Mientras haya vida, el dolor tiene opciones de ser mitigado, la soledad puede ser acompañada y el enfermo puede descubrir una nueva cosa que agradecer, perdonar o de la cual arrepentirse. Al buscar la muerte de manera intencional, todas esas opciones quedan truncadas.

Incluso en los casos en que los pacientes manifiestan un deseo explícito de acelerar su muerte, la evidencia empírica muestra en muchas ocasiones que esto no es más que expresión de sus sentimientos frente a las circunstancias en que ellos se encuentran (temor a la muerte, pérdida de autonomía, etc.).<sup>15</sup> En otras tantas oportunidades, los pacientes manifiestan estos deseos para buscar medios que alivien sus sufrimientos. Dicho de otra forma, no es razonable inferir que, ante el deseo de morir de un enfermo terminal, la respuesta sea aplicar una eutanasia.

<sup>14</sup> Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿Digna?», 182.

<sup>15</sup> Peter L. Hudson et al., «Desire for Hastened Death in Patients with Advanced Disease and the Evidence Base of Clinical Guidelines: A Systematic Review», *Palliative Medicine* 20, N°7 (2006), 697.

## f. La ambivalencia de los solicitantes de eutanasia

Es normal que los seres humanos experimenten temor ante la muerte. Por lo tanto, no es de extrañar que, de acuerdo a diversos estudios, los deseos de acelerar la muerte varíen significativamente entre los enfermos terminales. Los primeros indicios de este fenómeno fueron observados por Emanuel, Fairclough y Emanuel<sup>16</sup>. Ellos observaron que, dentro de una muestra de 100 pacientes que declaran haber pensado seriamente en la eutanasia, la mitad ya no se muestra interesado en ella al cabo de la segunda entrevista (realizada entre 2 y 6 meses después). Estudios posteriores han encontrado tendencias similares: por ejemplo, una investigación realizada con 124 pacientes estadounidenses estima que entre el 8% y el 26% de los solicitantes desiste a los seis meses, dependiendo del escenario en consideración, y el 48% experimenta algún tipo de cambio.<sup>17</sup> Otra investigación aplicada en un hospital en EEUU, encuentra que el 31% de las 33 personas con deseos más claros de morir, experimentaban una disminución ostensible de estos sentimientos dos o tres semanas después.<sup>18</sup>

Incluso entre los pacientes que ya han hecho una solicitud explícita para morir (cuyas solicitudes deberían ser más estables), los porcentajes de arrepentimiento son significativos. En el caso de la eutanasia, en una muestra de 1681 pacientes holandeses, el 13% revierte una solicitud formal ya hecha.<sup>19</sup> El porcentaje aumenta al 23% si se excluye al 44% de los pacientes a los que no se les aplicó la eutanasia, sea por haber muerto antes de la autorización o debido a que sus solicitudes fueron rechazadas. En el caso del suicidio asistido, el porcentaje de arrepentimiento es aún más alto: en Oregon, el promedio de no uso de la droga letal una vez entregada al solicitante entre los años 2000 y 2010, es de un 35%.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Ezekiel J. Emanuel, Diane L. Fairclough, y Linda L. Emanuel, «Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers», *JAMA* 284, N°19 (15 de noviembre de 2000), 2464.

<sup>17</sup> El estudio aplicaba un cuestionario a personas mayores de 60 años, hospitalizadas por diferentes situaciones en las que pediría una eutanasia en dos momentos del tiempo con 6 meses de diferencia. Existía un porcentaje de pacientes cuya respuesta variaba dependiendo del escenario indicado en la encuesta. Por otra parte, cuando nos referimos a «un cambio» entendemos que que este no solo puede disminuir, sino también puede aumentar: Karen Blank et al., «Instability of attitudes about euthanasia and physician assisted suicide in depressed older hospitalized patients», *General Hospital Psychiatry* 23, N°6 (1 de noviembre de 2001), 329.

<sup>18</sup> Barry Rosenfeld et al., «Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients?», *Social Science & Medicine* 111 (1 de junio de 2014), 38.

<sup>19</sup> Isabelle Marcoux et al., «Withdrawing an Explicit Request for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide: A Retrospective Study on the Influence of Mental Health Status and Other Patient Characteristics», *Psychological Medicine* 35, N°9 (septiembre de 2005): 1266.

<sup>20</sup> Guenter Lewy, «6. Assisted Death as a Last Resort», en *Assisted death in Europe and America: four regimes and their lessons*, 1.a ed. (Oxford University Press, 2010), 151.

Todas estas ambivalencias hacen cuestionarnos qué tan concreto es el deseo de morir y cuánto de ello podría deberse a un llamado de auxilio, a una petición de compañía, escucha atenta y cercanía. El dolor está unido al sufrimiento, pero puede establecerse una distinción concreta entre ambos: el dolor es de naturaleza más bien física, mientras que el sufrimiento se identifica con un plano más bien psicológico.

### **g. El sufrimiento: una oportunidad de humanización**

Como se acaba de señalar, el dolor está unido al sufrimiento, pero no es lo mismo. El primero es de naturaleza física, mientras que el segundo se identifica con un plano más subjetivo y existencial. El sufrimiento, por lo tanto, puede ser el origen de un proceso humanizante: permite desapegarse de bienes más superficiales y prescindibles y apreciar aquello realmente fundamental en la vida.<sup>21</sup>

Alguien que parece haber entendido esto es Christopher Reeves, famoso actor durante los años noventa por haber encarnado al personaje de Superman. Su ascendente carrera quedó truncada repentinamente luego de una desafortunada caída de un caballo. A consecuencia de este accidente, el actor estadounidense quedó tetrapléjico y dependiente de una silla de ruedas por el resto de su vida. Este accidente, sin embargo, ayudó a Reeves a ponerse en el lugar de las personas con discapacidad severa y se dedicó hasta su muerte a trabajar, junto con su esposa, por las personas tetrapléjicas a través de la Christopher & Dana Reeves Foundation.<sup>22</sup>

En este sentido humanizador, el sufrimiento nunca restará dignidad a la vida de las personas. Por el contrario, entrega la oportunidad de hacer más consciente de su profundidad a quien lo padece. Dicho lo anterior, no se puede exigir a alguien soportar un dolor de forma heroica si es que existen medios lícitos para calmarlos. De ahí la legitimidad de recurrir a analgésicos y hacer uso de otras herramientas semejantes para disminuir el dolor. Como hemos visto, el uso de estos medios puede incluso significar, en casos puntuales, acelerar la muerte del paciente, sin ser por ello eutanasia. Esto, siempre y cuando los profesionales de la salud persigan deliberadamente disminuir el dolor de los pacientes y estos últimos se encuentren preparados para enfrentar la muerte.

<sup>21</sup> Ugarte, «Capítulo VI. La Eutanasia», 216.

<sup>22</sup> Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿digna?», 67.

## 2. El supuesto de la autonomía

### a. El trasfondo de la eutanasia: una autonomía radical

Detrás del argumento de la compasión esgrimido por Fischer y Covarrubias, se encuentra un gran supuesto: las personas tienen el derecho a tomar las decisiones que quieran, siempre que tengan buenas razones para hacerlo, no contravengan la ley y no dañen a otros. En otras palabras, se trata del derecho a ser autónomos.

Etimológicamente, autonomía proviene de las palabras griegas *auto* (a uno mismo) y *nomos* (ley). En un sentido literal, se trata de darse una ley a uno mismo; vale decir, dejar en manos de la persona la elección de los criterios con los cuales distinguir el bien del mal.<sup>23</sup> Históricamente, es un concepto acuñado por el filósofo Immanuel Kant. Como recuerda Alejandra Carrasco, Kant buscaba fundamentar una ética que prescindiera de la tutela de una figura de autoridad (Iglesia, Estado) y donde el sujeto fuese capaz de darse normas morales mediante el ejercicio de la propia inteligencia.<sup>24</sup> Este concepto de autonomía ideado por Kant era indisociable de la razón: la acción moral era aquella que podía volverse universal, aplicable a todas las circunstancias. Esto fue llamado *imperativo categórico* en la filosofía kantiana, y en su formulación clásica dice: “obra de tal modo que la máxima que guía tu acción pueda convertirse en ley universal”.

En forma consistente con esta máxima, Kant se opuso explícitamente al suicidio: “conforme a la regla de la moralidad, el suicidio no es lícito bajo ningún respecto, ya que representa la destrucción de la humanidad y coloca a esta por debajo de la animalidad (VE, 373)”.<sup>25</sup>

Siguiendo el razonamiento de Rafael Echeverría, el suicidio sería inhumano para el filósofo alemán por tres motivos. En primer lugar, porque trasgrede el principio de autoconservación. Dicho de otra forma, una naturaleza que atenta contra sí misma sería contradictoria y no subsistiría.<sup>26</sup> En segundo lugar, porque atenta contra la libertad humana. A juicio de Kant, el hombre se hace libre en tanto elija de tal modo que la elección que tenga que ver con él mismo (es decir, que el objeto de su decisión sea el sujeto mismo), le permita seguir haciendo uso de su

---

<sup>23</sup> En un sentido riguroso, esto no significa elegir cualquier cosa sino elegir los principios bajo los cuales quiero regir mi vida. Es por esto que bajo las banderas de la autonomía no deberían defenderse decisiones arbitrarias.

<sup>24</sup> Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿digna?», 170-71.

<sup>25</sup> José Rafael Echeverría, «El suicidio en la ética de Kant», *Diálogos* 81 (2003), 165.

<sup>26</sup> Jesús David Vallejo Cardona y Jaime Arbey Atehortúa Sánchez, «El suicidio, una lectura desde la virtud de la justicia en Santo Tomás y Kant.», *Quaestiones Disputatae* 2014, 117.

libertad y de sus propias fuerzas. Por el contrario, si una persona opta por el suicidio, anula toda futura opción de elegir y actuar.<sup>27</sup> En tercer y último lugar, el suicidio vulnera la dignidad personal del ser humano. Si la moral es un fin (Kant no duda en este punto) y el sujeto racional es la fuente de esa moral, entonces su eliminación implicaría la destrucción de un ser moral en el mundo y, por lo tanto, no solo desdeña su propia condición de ser moral, sino que extirpa la moralidad misma del mundo.<sup>28</sup>

Por eso, la noción planteada por Fischer y Covarrubias no es autonomía en sentido tradicional, sino que va un paso más allá: ya no es necesario que la persona elija un código moral coherente y con pretensión de universalidad. Se trata de un concepto más radical, cercano a autores como Ronald y Gerald Dworkin, donde la autonomía se define por la ausencia de coacciones externas (y eventualmente internas, como agregan algunos autores).<sup>29</sup> Vale decir, si alguien cree tener buenas razones para solicitar una eutanasia (dolores indecibles parece ser un fundamento suficiente) y cree no hacer daño a nadie, ¿por qué las ideas de una mayoría de la sociedad, avaladas por el Estado, deberían impedirle terminar con su propia vida?

## b. Cuatro consecuencias de la autonomía radical

Como hemos intentado mostrar, la defensa a la eutanasia que hacen Fischer y Covarrubias implica un rechazo absoluto al sistema kantiano y la ética clásica. Para el pensamiento clásico y para el mismo Kant, la libertad o autonomía —como unos u otros conceptualizan el mismo fenómeno— son un atributo de la razón humana. Dicho de otra forma, el ser humano es libre porque tiene la capacidad de razonar; y no vice versa. La libertad es entonces deudora de la razón y solo puede perfeccionarse ordenándose a ella.

Fischer y Covarrubias (lo asuman o no) presuponen exactamente lo contrario: el ejercicio de la autonomía es lo más propiamente humano, dejando de ser la razón el elemento constitutivo de la persona. La inteligencia pasa entonces a convertirse, en el mejor de los casos, en un instrumento que le permite adaptarse exitosamente a su entorno. Esto implica reducir la inteligencia a un rol meramente técnico, capaz de

<sup>27</sup> José Rafael Echeverría, «El suicidio en la ética de Kant», *Diálogos* 81 (2003), 172.

<sup>28</sup> Vallejo y Atehortúa, 118; Echeverría, 175.

<sup>29</sup> John Christman y Joel Anderson, «Introduction», en *Autonomy and the Challenges to Liberalism: New Essays*, 1.a ed. (Nueva York: Cambridge University Press, 2005), 3.

someter el medioambiente y al mismo ser humano a su voluntad subjetiva, pero incapaz de conocer la verdad de las cosas.<sup>30</sup>

En tal caso, la razón solo puede ayudarnos a captar aquellas dimensiones de la realidad que podemos usar para nuestra conveniencia: un río es visto entonces como potencial energía eléctrica, un bosque como un depósito de madera o una vaca como un suministro de carne. Ninguna de estas cosas es mala en sí, pero sin un criterio objetivo derivado de la naturaleza de estas se puede caer fácilmente en abusos: no todos los ríos soportan una represa ni todos los cuerpos resisten una dieta estricta. Tal comprensión de lo humano despoja de todo valor a cuatro conceptos fundamentales para comprender los postulados desde los cuales se aborda este debate. Estos son las ideas de naturaleza humana, don, verdad y, por sobre todo, dignidad.

### **c. Naturaleza humana**

En su concepción más radical, la autonomía vuelve prescindible el vínculo con nuestra propia naturaleza. Desde una concepción clásica, los seres humanos tenemos ciertos fines hacia los cuales tendemos y desde los cuales podemos distinguir lo que conviene al ser humano de lo que no. Bajo este entendido, libertad no es otra cosa que la capacidad de realizar estos fines. Más aún: al orientarse hacia ellos, el ser humano perfecciona su libertad.

Sin embargo, abogar por la autonomía en su sentido radical implica asumir que la razón humana es incapaz de conocer la realidad y los fines últimos de las cosas. En contraposición, desde la ética clásica se asume que los seres humanos tenemos inclinaciones por ciertos bienes necesarios para lograr nuestro desarrollo, permitiéndonos así alcanzar el gran fin al cual tiende todo ser humano: la felicidad. Estos bienes son materiales —alimentación, abrigo, etc.— y sobre todo, espirituales —búsqueda de la verdad, deseo del bien, etc.—. No obstante, sin un fin último hacia el cual se ordene una jerarquía de bienes que permita elegir racionalmente en cada situación particular; estos bienes se nos vuelven opacos, ambiguos y subjetivos. Luego, la palabra “necesidad” pierde todo su peso, pues cada ser humano requiere cosas tan diferentes y particulares que terminan por ser inconmensurables. Por el contrario, si bien desde la ética

---

<sup>30</sup> Cuando decimos que la razón es un “instrumento técnico” lo entendemos al modo en que Heidegger concibe la técnica moderna, vale decir, como un modo de volver disponible la naturaleza (incluyendo al ser humano en sí mismo) para un fin particular. Dicho de otra forma, es ver lo real como un recurso. Los riesgos de unilateralizar esta modo de relacionarse con el mundo son evidentes. Más detalle consultar: Heidegger; Martín. «La pregunta por la técnica». En *Conferencias y artículos* (Barcelona: Ediciones del Serbal, 1994), 9-37.

clásica se reconoce la individualidad y originalidad de cada persona en particular; no se discute la existencia de ciertos fines intrínsecos que son patrimonio común de la humanidad.

Cuando se carece de un concepto de naturaleza, quien se ve enfrentado a una petición de eutanasia puede dejar de ver ciertos elementos importantes para ver qué está detrás de esa demanda. Una solicitud de eutanasia puede ser, en efecto, una demanda por ser escuchado en alguna dificultad personal, por recibir alivio a algún dolor o por el deseo de restablecer el vínculo con algún familiar. Como veremos más adelante, aunque estos factores juegan un rol muy importante en solicitudes de eutanasia, las personas, e incluso los profesionales de la salud, no siempre son capaces de verlo.

#### d. Don

En segundo lugar; la autonomía impide ver la noción de don, es decir, de que la vida es esencialmente algo que recibimos. Este punto ya fue mencionado en el capítulo uno, al destacar que los grandes sistemas ético-religiosos están en contra del suicidio y la eutanasia. Como vimos, en tradiciones muy distintas, como la cristiana o la hinduista, no hay prácticamente ninguna idea compartida de qué es Dios (ni siquiera si se trata de uno o de muchos). En cambio, en todas ellas existe la idea de *don gratuito e inmerecido*: la vida es algo que se recibe de un otro (Dios, padres, ancestros) y que no se puede devolver; pues todo regalo se vuelve pequeño frente al don de nuestra existencia. Cabe destacar que la ética clásica también da un valor primordial al concepto de don.<sup>31</sup> Eduardo Valenzuela —sociólogo que ha investigado extensamente cómo opera la lógica del don— recuerda que Aristóteles también adscribe a esta:

Hay muchos casos, en efecto, en que es imposible pagar todo lo que se debe; por ejemplo, en la veneración que debemos tener para con los dioses y para con nuestros padres. Nadie puede darles jamás lo que se les debe; pero el que los adora y los venera todo lo posible ha cumplido con su deber (*Ética a Nicómaco*, Libro Octavo)<sup>32</sup>

Experimentar esta gratitud —vale decir, reconocer que no hay forma de devolver este don— implica asumir que ningún regalo o acción es posible sin la posesión de la vida misma: solo podemos devolver algo porque estamos vivos. Es por esto que, en la amplitud de tradiciones que

<sup>31</sup> No es claro que la ética de Immanuel Kant reciba con entusiasmo el concepto de don, puesto que su propósito es justamente crear una ética "formal"; que no tenga otra referencia que ella misma.

<sup>32</sup> Eduardo Valenzuela, «Paternidad: don y autonomía», *Humanitas* 16 (1999), 628.

consideran el concepto de don, acabar con la vida de forma arbitraria es un acto eminentemente irracional e injusto. Veremos más adelante que este último punto ha sido recogido por distintos juristas e incluso por la Declaración Americana de Derechos Humanos.

Desde una autonomía radical, toda referencia al don se vuelve sospechosa, pues amenaza con coartar esa autonomía que aparece como lo fundamental del ser humano. Al respecto, dice Valenzuela:

[desde esta posición] El don debe ser desenmascarado (...) como la realidad última y la técnica más precisa del poder; como ocurre en las teorías foucaultianas en boga actualmente: es siempre preferible el suplicio y el castigo expresamente ejecutado antes que las sutilezas del trato humanitario y de la misericordia divina. Es preciso pues arrancar la vida del contexto de lo recibido, para disponer de ella soberanamente (...) ¿Por qué habría de dar, en efecto, aquel que no ha recibido? Quien aprecia la vida (...) como algo que no ha recibido de otro, puede justificar su derecho a disponer soberanamente (...) de su existencia misma.<sup>33</sup>

## e. Verdad

En tercer lugar, la autonomía radical —defendida por cierto tipo de liberalismo— genera una distinción tajante entre lo público y lo privado, dejando las concepciones de bien y ser humano relegadas a este segundo ámbito.<sup>34</sup> Es por esto que quienes suscriben ciertas tradiciones liberales suelen creer que la suya es una “meta-posición política”; o, dicho de otra forma, que el liberalismo permite coordinar distintas concepciones de lo que es bueno (cristianismo, marxismo, etc.) obligadas a convivir en un mundo plural.

Ser liberal no significa, por supuesto, renunciar a tener una determinada posición ética o moral: se puede ser liberal desde una perspectiva católica o socialista. En ambos casos lo importante es que tal postura sea asumida de forma estrictamente individual, y que los valores

---

<sup>33</sup> Valenzuela, 637.

<sup>34</sup> Cuando nos referimos a lo público, señalamos todas aquellas acciones orientadas al bien común. En esta amplia definición caben desde cartas al director sobre la efectividad de cierta política pública hasta el trabajo realizado por una ONG sobre algún tema país, como por ejemplo la protección a la infancia. Por el otro lado, lo privado hace referencia al campo que rodea la esfera íntima de la persona. Es una línea sutil que muchas veces es movida en un sentido u otro (como que la prensa publique aspectos de la vida privada de las personas o que el voto, un deber tradicionalmente común a todos la ciudadanía se vuelva una opción voluntaria). Una comprensión de lo público afín es la defendida por el Instituto de Estudio de la Sociedad (IES) a propósito de la discusión por la figura de objeción de conciencia institucional presente en la ley de aborto en tres causales. Para profundizar en esta visión se recomienda leer: Claudio Alvarado y Daniel Mansuy, «Sociedad civil y objeción institucional», *El Mercurio*, 7 de diciembre de 2018, sec. Opinión.



o cosmovisiones no entren en el debate público directamente. Bajo estas condiciones, sin embargo, es muy difícil entender que una determinada noción de ser humano sea entendida como “mejor” que otra, o “más cercana a la verdad”, en el espacio público.

Bajo esta concepción se suele creer, además, que la acción del Estado —a través de las leyes o de las políticas públicas— puede ser neutra. En tal caso, lo mejor para todos sería dar el mayor marco de autonomía posible y dejar que sean los ciudadanos quienes decidan cómo actuar. Este razonamiento tiene, no obstante, un punto ciego: olvida que toda iniciativa estatal (como cualquier acción humana) *siempre* tendrá un determinado concepto de bien. Aunque ese concepto se mantenga subyacente, esa concepción influye en la vida de las personas en un sentido u otro, sea promoviendo una conducta cuando se permite o desincentivándola cuando se prohíbe.

## f. Dignidad

Por último, desde la autonomía radical se hace muy difícil sostener el concepto de dignidad humana en un sentido trascendente. Tradicionalmente, la dignidad deriva de la capacidad racional del ser humano: si toda persona tiene en potencia la capacidad de razonar, entonces la dignidad es un hecho universal. Luego, toda persona, sin importar su condición, nivel de desarrollo o estado de salud, es digna.<sup>35</sup> Fundamentar la dignidad desde la razón plantea un límite: no todos los actos se conciben con ella. Acciones como el asesinato de un inocente o el suicidio, por ejemplo, violan esa dignidad y deben ser rechazados. Desde la dignidad trascendente resulta fundamental, entonces, encontrar lógica y justificación a las acciones humanas, sabiendo que esta puede ser reconocida u opacada el principio desde el que nacen.

La eutanasia presupone la lógica inversa de todo lo anterior: la dignidad derivaría de la posibilidad de decidir y no del hecho que el hombre sea un ser racional. Este cambio de eje —sutil en apariencia— tiene consecuencias decisivas: la dignidad humana deja de ser un hecho universal que se reconoce (o no) con ciertos comportamientos, y termina siendo un hecho que se pone en juego cada vez que se decide algo. En ese sentido, la eutanasia —y cualquier otra decisión— es válida no porque se trate de un comportamiento racional y lógico sino porque

<sup>35</sup> Una objeción usual a este argumento es preguntarse por los niños pequeños o quienes están en situación de discapacidad cognitiva o ¿Acaso ellos no tienen dignidad? A este respecto, se recuerda que así como el tiempo permite al niño adquirir la razón y en teoría un procedimiento médico que restablezca el daño cerebral haría que una persona con discapacidad razonara, todo ser humano cuenta con facultades racionales y son causas accidentales las que hacen que no pueda ejercerlos.

es una elección libremente tomada. Esta lógica, que hoy goza de bastante aceptación, despoja a la dignidad de su principal atributo: su universalidad. En efecto, si solo hay dignidad cuando se ejerce la autonomía, entonces —en cierto modo— el ser humano debe demostrarse a sí mismo y a los demás que es digno. Dicho de otra forma, ver la dignidad desde la autonomía genera una doble dificultad, pues implica, por un lado, tomar decisiones por uno mismo y, por el otro, recibir validación de estas acciones por parte de sus pares.

Si ser autónomo implica tomar decisiones por uno mismo, se reduce la dignidad humana al ejercicio de la libertad. Un paciente que se siente digno por ser capaz de controlar su vida y decidir por él mismo puede caer en la desesperación al sentir que es una carga para otros (que como hemos visto, tiene poca relación con el nivel de dependencia física). Un enfermo terminal puede creer haber perdido la dignidad, siendo incapaz de ver las oportunidades de crecimiento y maduración que aparecen al final de la vida.

Si la autonomía, a su vez, viene dada por el recibir validación por parte de otros, no basta que la persona ejerza su libertad: un tercero debe ser capaz de reconocerlo. En otras palabras, aceptar la autonomía como criterio de dignidad implica —como dice Ossandón— hacer un escrutinio sobre la capacidad de ejercicio de esa autonomía.<sup>36</sup> Otros pueden juzgar al paciente como “poco digno” o, como vimos anteriormente, poseedor de una “mala calidad de vida”. Se puede llegar así al extremo de que el doctor o un familiar sugieran al afectado la posibilidad de eutanasiarse, o incluso practicársela sin su consentimiento. Como veremos más adelante, en Holanda hace no mucho tiempo esto estaba lejos de ser una excepción.

### **g. Tres problemas de la autonomía radical; tres argumentos contra la eutanasia**

La autonomía radical es filosóficamente problemática, pero estas dificultades son mucho más que meros problemas conceptuales. Como veremos en este apartado, aprobar una ley que no se adecua a la naturaleza humana termina por atentar contra bienes humanos básicos y evidentes para todo el mundo. Se traduce en concreto en al menos tres problemas que ya hemos esbozado en los apartados anteriores: la indisponibilidad de la vida humana, la existencia circunstancias que coartan la libertad de las personas y la constatación de que las leyes influyen sobre el comportamiento de las personas.

---

<sup>36</sup> Ossandón, 163.

En primer lugar, existe una dificultad, fundamentalmente de orden axiológico, en pretender que la vida es un bien disponible. Si la dignidad es un bien más importante que la vida, entonces vida y dignidad deberían ser cosas separables.<sup>37</sup> Sin embargo, separar la una de la otra es imposible: el ser humano no puede disociarse de su corporeidad y por ende no puede ser superior a sí mismo.<sup>38</sup>

Negar la indisponibilidad de la vida no es solo un problema teórico, sino que tiene profundas consecuencias de orden práctico. Al entender la vida como un bien disponible se arriesga a considerarla como un bien más entre otros y, por lo tanto, susceptible de ser descartado. Esto al punto de aplicar eutanasias sin el consentimiento de los pacientes. Veremos más adelante un caso particular y observaremos cómo esto afecta en el plano legal.

En segundo lugar, una consideración radical de la autonomía puede llevar a disociar los deseos de morir de las personas de las circunstancias en las que estas se encuentran. Se olvida que puede haber factores sociales, orgánicos y espirituales suficientemente fuertes como para bloquear el natural aprecio a la vida. Como veremos, la relación entre eutanasia y depresión es un claro ejemplo de ello. Por el contrario, en circunstancias normales todo ser humano siente apego por su existencia. La evidencia empírica sobre ambivalencia en los deseos de morir y en las solicitudes de eutanasia puede ser leída desde esta perspectiva.

En tercer y último lugar, desde una autonomía radical es fácil olvidar la influencia que tiene (y debe tener) el Estado. En un sentido general, el ser humano tiende al bien. Su contenido o el modo de conseguirlo puede ser materia de discusión, pero toda acción humana necesariamente va asociada a una determinada concepción de lo que es bueno. A su vez, el Estado no escapa a estas consideraciones: su accionar a través de leyes, sentencias o políticas públicas perseguirá necesariamente una noción del bien. Lo cierto es que a fuerza de su uso, las concepciones de bien implícitas en las acciones del Estado permean las concepciones de bien de la población general.

Prueba de esto, como discutiremos, es el aumento de las aplicaciones de eutanasia y los cambios de opinión de los propios doctores al respecto. En la misma línea, cerraremos el capítulo señalando algunos problemas que tiene el proyecto de ley chileno producto de una mala comprensión de la libertad humana.

<sup>37</sup> Ugarte, «Capítulo VI. La Eutanasia», 217.

<sup>38</sup> Ugarte, 218. Recordemos que la eutanasia no voluntaria es aquella realizada sin el expreso consentimiento del paciente, mientras que la contra-voluntaria es aquella realizada contra la voluntad del paciente.

## **h. Problema nº1: la indisponibilidad de la vida**

### **i. Los excesos de la eutanasia: el caso holandés**

El acto de provocar la muerte de forma deliberada a un paciente terminal fue legalizado en Holanda el año 2001, siendo el primer país en el mundo en aprobarlo. Sin embargo, este hito fue el reconocimiento a una práctica que comenzó a ganar aprobación en la década de los sesenta. En 1971 la Corte Suprema de este país decidió en la práctica no condenar por homicidio al doctor Geertruda Postma por matar a su madre de 78 años de una sobredosis de morfina<sup>39</sup>. Trece años después, la corte suprema holandesa despenalizó la eutanasia y el suicidio asistido bajo ciertas condiciones.<sup>40</sup>

Durante estos años, no solo aumentó la aprobación de la eutanasia, sino también la preocupación del poder judicial en cómo esta se estaba aplicando. Por este motivo, el fiscal general Jan Remmelink encarga en 1990 un informe independiente para conocer cómo se ejecutaba la eutanasia, basándose en encuestas aplicadas a una muestra representativa de 405 profesionales de la salud a nivel nacional y un análisis de más de 7.000 certificados de defunción.<sup>41</sup> Dicho informe concluye que en los primeros años de legalización de la eutanasia en Holanda, solo el 50% de los casos fueron registrados.<sup>42</sup> Estudios similares fueron replicados en los años 1995, 2001 y 2005.<sup>43</sup>

De los casos no declarados en los registros oficiales, una buena parte (por decir lo menos) fueron eutanasias aplicadas sin el consentimiento de los pacientes. Algunos autores hablan de miles de casos de eutanasias no-voluntarias y contra-voluntarias durante la década de los noventa, que habrían sido identificados y documentados años después, gracias a los informes oficiales del gobierno.<sup>44</sup>

---

<sup>39</sup> Lewy, Guenter. «2. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands», 20.

<sup>40</sup> Lewy, Guenter, 21.

<sup>41</sup> Lewy, Guenter, 31-32.

<sup>42</sup> Herbert Hendin, «The Case Against Physician-Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care», *Psychiatric Times* 21, Nº2 (2004), 6.

<sup>43</sup> Al participar en el informe, se aseguraba la inmunidad a los entrevistados. Dicho de otra forma, la investigación aseguraba la confidencialidad de las declaraciones aun cuando estas tuvieran consecuencias penales. Los informes de los años 1995 y 2001 usaron básicamente la misma metodología. Esto no asegura que todos los doctores hayan hablado con veracidad, lo cual es dramático considerando la alta cifras de negligencias declaradas. Hendin, «The Case Against Physician-Assisted Suicide», 6. Véase también: Guenter Lewy, «2. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands», en *Assisted Death in Europe and America: Four Regimes and Their Lessons* (Oxford: Oxford University Press, 2010), 31.

<sup>44</sup> Es decir, a miles de pacientes se les aplicó una eutanasia no habiéndola solicitado explícitamente. Hendin, 8. Ugarte «Capítulo VI. La eutanasia», 214.

Solo el informe Rummelink, de 1991, da cuenta de más de mil eutanasias no consentidas, vale decir, un 0,8% del total de muertes a nivel nacional.<sup>45</sup>

Un número tan masivo de prácticas eutanásicas solo se explica por una gran cantidad de médicos dispuestos a aplicarlas. En efecto, según los registros del propio Hendin, la mitad de los doctores reconocieron haber sugerido la eutanasia a pacientes durante este periodo.<sup>46</sup> Más aún, según este informe el 27% de los médicos reconocía haber aplicado una eutanasia no-voluntaria al menos una vez en su vida y un 32% declara estar dispuesto a aplicarla bajo ciertas condiciones<sup>47</sup>

Incluso para un defensor de la eutanasia, sugerir esta práctica a pacientes terminales o provocarles la muerte sin su consentimiento explícito, deberían ser actos reprochables ¿Por qué un porcentaje tan alto de médicos realizaría prácticas tan evidentemente incorrectas? ¿Qué explica que estos profesionales de la salud no sintieran estar cometiendo un error? Herbert Hendin, profesor de psiquiatría de la universidad de Nueva York y uno de los mayores expertos en suicidio de EEUU durante la década de los noventa, expuso su teoría ante el Congreso de los Estados Unidos, cuando fue invitado a exponer en la discusión de esta misma ley, en su calidad de experto en la materia:

Desde el punto de vista del médico, Lewis Thomas ha escrito con profundidad sobre el sentimiento de fracaso e indefensión que pueden llegar a experimentar los médicos al enfrentarse con la muerte. Esos sentimientos explican por qué los doctores encuentran tanta dificultad en discutir con los pacientes su enfermedad terminal. La mayoría de ellos evitan ese tipo de discusiones, mientras que la mayor parte de los pacientes prefieren hablar francamente sobre el tema. Esos sentimientos pueden explicar también la tendencia de los médicos a utilizar medidas excesivas para mantener la vida y su necesidad de hacer de la muerte una decisión del médico. Al decidir cuándo han de morir los pacientes, al hacer de la muerte una decisión médica, el doctor se hace la ilusión de mantener el dominio sobre la enfermedad y sobre los sentimientos de indefensión que la acompañan. Es el médico, y no la enfermedad, el responsable de la muerte. El suicidio asistido y la eutanasia llegan a ser modos de tratar con la frustración ante la incapacidad de curar la enfermedad.<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Lewy, 41.

<sup>46</sup> Hendin, «The Case Against Physician-Assisted Suicide», 6.

<sup>47</sup> Lewy, 44.

<sup>48</sup> Herbert Hendin, «Suicidio, Suicidio Asistido y Eutanasia. Lecciones de la experiencia holandesa», *Bioética Web* (blog), 26 de febrero de 2009, <https://www.bioeticaweb.com/suicidio-suicidio-asistido-y-eutanasia-lecciones-de-la-experiencia-holandesa/>.

El testimonio de Hendin nos recuerda la deshumanización de la medicina que denunciaba Elisabeth Kübler-Ross: los médicos no siempre saben como abordar la profundidad del dolor de sus pacientes cuando no saben de que manera controlarlo. En tales casos, la impotencia y la desesperación pueden llevarlos a tomar decisiones apresuradas, que no solo vulneran la dignidad de los pacientes, sino su propia libertad.

El gobierno holandés logró ordenar los procedimientos, y para el año 2005 ya se registraba un 80% de las eutanasias realizadas, pero aun así una de cada cinco eutanasias de ese año quedó sin registrar.<sup>49</sup> Asimismo, el año 2001 el porcentaje de médicos que había practicado una eutanasia sin consentimiento del paciente disminuyó al 13% y de quienes estarían dispuestos a realizarla, al 16%.<sup>50</sup> En los años posteriores no se han realizado más estudios de esta naturaleza, pero según las estimaciones del profesor de ética holandés, Theo Boer, en el año 2015, casi un cuarto de las eutanasias no habrían sido reportadas.<sup>51</sup>

## ii. La dimensión jurídica del derecho a la vida

Un derecho humano es una facultad que se le debe a un sujeto por el solo hecho de ser persona. Si se afirma que basta con querer la eutanasia para que esa demanda sea válida, entonces la legitimidad de cualquier regulación jurídica sobre derechos dependería de los deseos arbitrarios de quienes lo reclaman para sí. Es decir, los derechos pasarían a convertirse en simples pretensiones o deseos. Sin embargo, ninguna ley reconoce esto en la práctica. De hecho, no es posible saciar todos los deseos de ningún ser humano en esta vida, y aun si se pudiera, el fin de la ley es el bien común y no satisfacer deseos, por comunes que estos sean.<sup>52</sup>

## iii. ¿Qué ha dicho la jurisprudencia de los Derechos Humanos?

Tanto la Corte Interamericana de Derechos Humanos como su par europea reafirman la existencia de un derecho a la vida y el deber del Estado de protegerla. Sin embargo, a partir de la jurisprudencia de tales

---

<sup>49</sup> Bellolio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile», 67.

<sup>50</sup> Levy, 44.

<sup>51</sup> Comunicación personal, 30 de julio del 2019. Para llegar a este número, Boer hace el siguiente cálculo: el 2015 se registraron 7.254 muertes en que la persona manifestó explícitamente el deseo de acelerar su muerte. Sin embargo, los Comités Regionales de eutanasia solo registraron 5.516 casos. Los datos pueden encontrarse en:

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/81655ENG/table?ts=1520174905967>

<sup>52</sup> Ossandón, 164.

instituciones no se puede hablar de indisponibilidad de la vida.

En primer lugar, la Corte Interamericana de Derechos Humanos no tiene fallos sobre eutanasia directamente. Así y todo, se ha manifestado explícitamente sobre el derecho a la vida en el caso “Niños de la Calle vs. Guatemala” de 1999, donde se alega por el asesinato de un grupo de adolescentes en manos de la fuerza pública. En el fallo, la Corte presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa).<sup>53</sup> La CIDH además añade:

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no solo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna.<sup>54</sup>

Por otra parte, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) no es claro ni consistente en sus fallos sobre el asunto. Sus veredictos, originalmente, se basaban en el artículo 2º del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales, que dice textualmente:

1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un Tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena. 2. La muerte no se considerará como infligida en infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza que sea absolutamente necesario: a) en defensa de una persona contra una agresión ilegítima; b) para detener a una persona conforme a derecho o para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente; c) para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección.

Sin embargo, el artículo 8, del mismo convenio, establece lo siguiente:

Derecho al respeto a la vida privada y familiar I. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar; de su domicilio y de

<sup>53</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, «Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala: Sentencia de 19 de noviembre 1999 (Fondo)», 19 de noviembre de 1999, 38.

<sup>54</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, 40.

su correspondencia. 2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.

En el caso “Pretty con Reino Unido”, el Tribunal confirma lo deliberado por la Casa de los Lores y deniega la solicitud de Diane Pretty de eximir anticipadamente de responsabilidad a su marido para que este pueda asistirle en su futuro suicidio. La sentencia se basa en el ya mencionado artículo 2º y considera que el actuar del Estado en este caso es proporcional. Sin embargo, en el fallo se afirma que “la corte no está preparada para excluir que esto constituye una interferencia con su Derecho a respeto a la vida privada, garantizado por el artículo 8 de la convención”.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> European Court of Human Rights, «Case of Pretty v. The United Kingdom (Application no. 2346/02)» (Judgment Strasbourg, 29 de abril de 2002), 36.

## [ Un testimonio de eutanasias no voluntarias ]

Herbert Hendin fue parte de un grupo de investigadores a los que el estado holandés les permitió estudiar en terreno la práctica de la eutanasia; cuando esta se encontraba despenalizada y se aplicaba de facto. En esa oportunidad, durante la década de los noventa, Hendin recogió múltiples testimonios de eutanasias no-voluntarias, admitidas abiertamente y tranquilamente por los médicos que las ejecutaron. Por ejemplo, entrevistó a un doctor que reconoció haber matado a una paciente con cáncer de mamas, que había pedido explícitamente morir de muerte natural. El profesional de la salud señalaba que “ella podía haber sobrevivido otra semana más, pero se necesitaba esa cama ahora”. Otro médico confesó haber aplicado una eutanasia, sin decírselo, a una monja católica con un doloroso cáncer terminal. El doctor justificó su actuar diciendo que, por sus convicciones religiosas, ella jamás hubiese hecho esa solicitud y que él sintió compasión por ella.

---

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



Casi una década después, en el año 2011, el Tribunal Europeo volvió a enfrentarse a una petición de eutanasia en el caso “Haas con Suiza”. En esta oportunidad la eutanasia fue solicitada por un enfermo psiquiátrico. El Tribunal falló en contra del solicitante por considerarse que el Estado tiene el deber de proteger la vida de sus ciudadanos, en consonancia con el artículo N°2. El Tribunal afirma en el párrafo 51:

El derecho de un individuo a decidir qué significa y en qué punto su vida termina, suponiendo que el individuo es capaz de tomar una decisión libremente y actuar en consecuencia, es uno de los aspectos del derecho a respeto de la vida privada establecido en el artículo 8° de esta convención.<sup>56</sup>

Esto quiere decir que, al mismo tiempo que se reconoce el derecho a la vida —o, al menos, una prohibición al Estado de acabar arbitrariamente con ella—, el Tribunal sí reconoce un derecho al suicidio.

En el año 2012, a raíz del caso “Koch con Alemania”, el Tribunal señala que el Estado no está obligado a facilitar el suicidio pero que debe justificar su negativa a hacerlo. Adicionalmente, se expande la interpretación en cuanto a la titularidad del derecho, ya que se asume que no solo corresponde a la vida privada de quien padece la enfermedad, sino a su familia, ampliando así el concepto de víctima.

En el año 2013, el tribunal se pronunció respecto del caso “Gross con Suiza”<sup>57</sup>. En esta oportunidad la demandante era una anciana sana que, habiendo solicitado un suicidio asistido, reclamó por la ambigüedad de la legislación suiza que permitía el suicidio asistido sin especificar ante quién, cómo o cuándo se debía reclamar. Esa ambigüedad, entonces, daba lugar para que los médicos interpretaran y restringieran su aplicación por razones que no habían sido establecidas expresamente en la ley. Sin embargo, la sentencia no se ocupó de la cuestión de fondo y no deliberó directamente si en su caso correspondía o no permitir el suicidio asistido, delegando esta responsabilidad a los involucrados. La sala condenó a Suiza por su legislación ambigua, estimando que violaba la vida privada y familiar de la anciana.

Todo lo anterior no implica desconocer que el TEDH pareciera acercarse a la legalización del suicidio asistido con cada nuevo fallo, siempre amparándose en el artículo N° 8 de la convención. Sin embargo, hacerlo implicaría contradecir, por un lado, aspectos fundamentales de

<sup>56</sup> European Court of Human Rights, «Case of Haas v. Switzerland (Application no. 31322/07)» (Judgment Strasbourg, 20 de enero de 2011), 16.

<sup>57</sup> European Court of Human Rights, «Case of Gross v. Switzerland (Application No. 67810/10)» (Judgment Strasbourg, 14 de mayo de 2013).

las sentencias que se han emitido hasta la fecha y, por otro, el artículo segundo ya mencionado.

Es importante señalar, además, que las interpretaciones e indicaciones emanadas de comités de Derechos Humanos, ya sea de la ONU o de cualquier otro tratado internacional vigente, son lo que en derecho internacional se denomina *soft law*. Esto significa que, en realidad, son simples sugerencias que en ningún caso pueden ser consideradas vinculantes para los Estados partes. De esta forma, si algún comité presenta un documento interpretativo que señale que la eutanasia es un derecho y que por lo tanto debe legalizarse formalmente, los Estados parte no están obligados a cumplir con dichas recomendaciones.

En cambio, los tratados sí tienen carácter vinculante para los Estados que los suscriben, lo que en Derecho Internacional se denominan *hard law*. Así, para que un Estado quede legalmente obligado a aceptar la eutanasia como un derecho se requiere de un nuevo tratado sujeto a la ratificación de los Estados, o que el mismo tratado de derechos sea enmendado, rigiéndose para tal efecto por las normas propias del tratado para su enmienda o, en su defecto, quedará sujeto a una nueva ratificación.

La Corte Internacional de Justicia solo se ha pronunciado acerca de la eutanasia en una ocasión, en el año 2004. El antecedente es relativo al caso de Ramón Sampedro, un español que, producto de un accidente, quedó tetrapléjico a la edad de 25 años. Sampedro demandó al Estado de España en reiteradas ocasiones, argumentando que no se estaba respetando su vida privada, solicitando que se le permitiera el suicidio asistido y no se condenara a quienes le ayudaran en su cometido, sin lograr resultados en su favor. Finalmente, el hombre se suicidó de manera clandestina. Para esto contó con la colaboración de once personas. Cada una de ellas realizó algún acto que, considerado de manera independiente, no constituye delito, sin que unos supieran de la tarea que les correspondía a otros. Ramón grabó un video en el que apareció ingiriendo cianuro y diciendo sus últimas palabras.

Una vez fallecido, se inició la persecución de los responsables, siendo la primera sospechosa su pareja, Ramona Maneiro. La cuñada y heredera de Ramón recurrió a la Corte Internacional de Justicia, solicitando que no se penara a quienes habían colaborado en la muerte de Sampedro, respetándose su autonomía sobre su vida. En el intertanto, el tribunal español falló que no era posible inculpar a ninguno de los que colaboró en la muerte de Sampedro, dado que no se logró encontrar registro de quien puso la bombilla en el vaso con cianuro que Sampedro ingirió. En consecuencia, la Corte Internacional de Justicia falló que el recurso interpuesto por la cuñada de Sampedro era inadmisibile, pues

no existía víctima propiamente tal y porque finalmente no había nadie condenado por el caso.

En lo relativo a las interpretaciones emanadas del Comité de Derechos Humanos de la ONU, ellas no se han pronunciado directamente en favor de la eutanasia en ninguna ocasión. En efecto, la nota más polémica al respecto es el Comentario General N°36, realizado al artículo 6 de la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Este, en su artículo N°10 de su versión en castellano, señala que:

los Estados partes [pueden permitir] [no deben impedir] a los profesionales médicos proporcionar tratamientos o recursos médicos con vistas a facilitar la terminación de la vida de adultos [catastróficamente] aquejados de dolencias, como los heridos mortalmente o los enfermos en fase terminal, que padecen graves dolores y sufrimientos físicos o psíquicos y desean morir con dignidad. En tales casos, los Estados partes deben velar por que existan salvaguardias jurídicas e institucionales sólidas para verificar que los profesionales médicos están respetando la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes, con vistas a proteger a estos de presiones y abusos.

Esto implica que el Comité no reconoce la eutanasia, al menos explícita y formalmente, como un derecho. En todo caso, se la identifica como una forma de morir con dignidad. No declara tampoco que la eutanasia sea una práctica que atenta contra el derecho a la vida de las personas y que, por lo tanto, se contraponga a la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos en lo relativo al artículo 6.

Por otra parte, la ONU, por medio de diferentes comités, también ha realizado una serie de indicaciones a los países que han aprobado la eutanasia o quisieran aprobarla. En efecto, en las observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de los Países Bajos, presentadas por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, con fecha 16 de julio de 2015, se señala en su artículo N°28 que:

Si bien solo se han registrado cinco casos de eutanasia infantil hasta la fecha, todos ellos de enfermos terminales de cáncer sin tratamiento posible, el Comité sigue preocupado por la posibilidad de aplicar la eutanasia a niños menores de 18 años. También preocupa al Comité la falta de transparencia y de vigilancia en relación con esa práctica.”

A continuación, en su artículo N°29 dice:

El Comité recomienda al Estado parte que: a) Garantice el control riguroso de la práctica de la eutanasia en los pacientes menores de edad; b) Vele por que el estado psicológico del niño y de los proge-

nitores o tutores que solicitan la eutanasia se tenga seriamente en cuenta para determinar si se accede a la petición; c) Garantice que se tenga constancia de todos los casos de eutanasia en pacientes menores de edad y, en particular, que queden reflejados en los informes anuales de los comités regionales de evaluación y estén sometidos a la mayor supervisión posible; d) Contemple la posibilidad de abolir la práctica de la eutanasia en pacientes menores de 18 años de edad.

Esto implica que el comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas mira con reticencia la aprobación de la eutanasia en menores de edad. Incluso recomienda abolirla en los países donde se permite, cuestión que debemos tener en cuenta a la hora de la discusión en nuestro país.

Otra recomendación importante en la materia es la señalada en el examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, emanada del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con fecha 19 de octubre de 2011. En ella se señala que:

deplora que los tutores que representan a personas con discapacidad consideradas 'legalmente incapacitadas' puedan legalmente consentir en que se terminen o se suspendan el tratamiento médico, la nutrición u otros medios de sustentación de la vida de esas personas. El Comité desea recordar al Estado parte que el derecho a la vida es absoluto y que la sustitución en la adopción de decisiones en lo que atañe a la terminación o el retiro de medios de sustentación de la vida es incompatible con ese derecho. (...) El Comité solicita al Estado parte que vele por que se obtenga el consentimiento, otorgado con conocimiento de causa, de todas las personas con discapacidad en todas las cuestiones relativas al tratamiento médico, especialmente la retirada del tratamiento, de la nutrición o de otros medios de sustentación de la vida.

Finalmente, cabe hacer presente que la Asamblea Parlamentaria de la Comunidad Europea (PACE, por sus siglas en inglés) se manifiesta claramente en contra de la eutanasia. En efecto, en su resolución 1.859 del año 2012, párrafo 5, la Asamblea señala que "Esta resolución no pretende lidiar con la eutanasia o suicidio asistido. La eutanasia, en el sentido de dar muerte intencionalmente por acto u omisión a un ser humano dependiente, por su supuesto beneficio, debe ser prohibida siempre."<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Parliamentary Assembly, «Resolution 1859. Final version. Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients» (Council of Europe, 25 de enero de 2012), 1.

## i. Problema n°2: la libertad detrás de una solicitud de eutanasia

El ser humano es libre, pero esta libertad puede verse seriamente limitada si la persona no tiene la tranquilidad ni la estabilidad emocional como para tomar decisiones trascendentales. Es por esta razón que los deseos de una persona no pueden ser considerados como la única variable necesaria para decidir un asunto de alta complejidad como la eutanasia.<sup>59</sup> Esto, porque la realidad muestra casos en que la libertad se ve limitada por diferentes causas. En este sentido, resulta especialmente relevante la existencia de enfermedades de naturaleza psíquica como la depresión —que tiene justamente, entre sus síntomas, el deseo de morir— o la anorexia —en que la persona puede llegar a desear más ser delgada que estar viva—, o casos aun más extremos. Se pretende que el hombre es un ser autónomo y actúa siempre en el pleno uso de sus facultades, en circunstancias en que, en la práctica, no siempre es así.

Que la depresión limite y hasta ponga en suspenso la libertad de las personas no es algo evidente, ni siquiera en el mundo de la medicina. Como muestran Robinson y Scott, varios estudios han constatado que algunos profesionales de la salud en Oregon —Estado de EEUU en el que está aprobado el suicidio asistido— no creen que la depresión influya en el deseo de acelerar la muerte de sus pacientes.<sup>60</sup>

Sin embargo, los síntomas depresivos son un punto crítico: en un artículo en el que se analizan los mejores estudios sobre eutanasia y depresión, se estima que entre el 8% y el 45% de los pacientes que solicitan la eutanasia reportan tener una depresión severa.<sup>61</sup> Según este mismo trabajo, en Washington el porcentaje alcanza el 55%, mientras que en Oregon la depresión afecta entre el 20 y 26% de los pacientes.<sup>62</sup>

Esta revisión reconoce dos hechos adicionales: el primero es que el mejor de los estudios analizados encuentra una relación robusta entre solicitudes de eutanasia y depresión. En esa misma línea, otra investigación de seguimiento a 138 pacientes con cáncer estima que aquellos con depresión tienen cuatro veces más probabilidades de solicitar una eutanasia.<sup>63</sup>

<sup>59</sup> Opinión similar tiene la CEDH cuando afirma: “el derecho a la vida garantizado por el artículo 2 de la Convención requiere que los Estados establezcan un procedimiento para garantizar que la decisión de terminar la vida corresponde al libre albedrío del interesado.” (par: 58) *Cour Européenne des Droits de l’Homme*, «Afaire Haas c. Suisse (Requête n° 31322/07)», 20 de enero de 2011, 18.

<sup>60</sup> Vicky Robinson y Helen Scott, «Why Assisted Suicide Must Remain Illegal in the UK», *Nursing Standard* (through 2013); London 26, n° 18 (2012), 44.

<sup>61</sup> Ilana Levene y Michael Parker, «Prevalence of Depression in Granted and Refused Requests for Euthanasia and Assisted Suicide: A Systematic Review», *Journal of Medical Ethics* 37, n° 4 (1 de abril de 2011), 208.

<sup>62</sup> Levene y Parker, 208.

<sup>63</sup> Marjke L. van der Lee et al., «Euthanasia and Depression: A Prospective Cohort Study Among Terminally Ill Cancer Patients», *Journal of Clinical Oncology* 23, n° 27 (20 de septiembre de 2005), 6610.

El segundo punto es de orden práctico: en Holanda, la depresión es un factor al que se suele apelar para rechazar solicitudes de eutanasia. Por ejemplo, en el periodo 1995-1996 el 31% de los casos rechazados (que, a su vez, corresponden a cerca de un tercio del total de solicitudes registradas) correspondieron a pacientes con depresión o con otras enfermedades psiquiátricas.<sup>64</sup> Un estudio aplicado entre el 2000 y el 2002 encontró resultados similares.<sup>65</sup>

La complejidad es aún mayor considerando las dificultades asociadas a la detección de una depresión. Las probabilidades de detectar esta enfermedad son tremendamente bajas en médicos no entrenados, variando entre 20% y 60%.<sup>66</sup> Este último punto es especialmente relevante para el proyecto de ley chileno, donde los médicos familiares también estarán, en caso de aprobarse la ley, facultados para realizar el chequeo de salud mental requerido. Por eso mismo, volveremos más adelante sobre este punto.

La psiquiatría tampoco está exenta de problemas: varios estudios muestran que no existe consenso en el mundo de la salud mental acerca del modo en que las emociones influyen en la decisión de morir de un paciente.<sup>67</sup> Más aún, ciertos estudios encuentran diferencias de criterios entre los psiquiatras estadounidenses dedicados a chequear depresiones en las solicitudes de suicidio asistido: los profesionales a favor o de esta práctica ponen requisitos menos exigentes que aquellos que están en contra.<sup>68</sup>

Por último, la depresión no es la única afección psicológica que puede nublar el juicio y llevar tomar decisiones precipitadas, como indicó el psiquiatra Herbert Hendin frente al Congreso de los Estados Unidos cuando se discutió esta ley. En esa ocasión, Hendin habló de una experiencia personal:

Hace unos años, un joven profesional de treinta y pocos años que padecía una grave leucemia fue llevado a mi consulta. Tim, un ambicioso ejecutivo cuya lucha por el éxito profesional le había llevado a descuidar las relaciones con su esposa y con su familia, se encontraba aturdido y sin ideas. Su reacción inmediata fue la de desesperarse, y una enfadada preocupación por el suicidio, pidiendo

---

<sup>64</sup> Guenter Lewy, «2. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands», en *Assisted Death in Europe and America: Four Regimes and Their Lessons* (Oxford University Press, 2010), 33.

<sup>65</sup> Marijke C. Jansen-van der Weide, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, y Gerrit van der Wal, «Granted, Undecided, Withdrawn, and Refused Requests for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *Archives of Internal Medicine* 165, n° 15 (8 de agosto de 2005), 1698-1704.

<sup>66</sup> Lewy, «1. Introduction», 13.

<sup>67</sup> Robinson y Scott, «Why Assisted Suicide Must Remain Illegal in the UK», 44.

<sup>68</sup> Robinson y Scott, 43.

ayuda para llevarlo a cabo. Le preocupaba llegar a ser dependiente y temía tanto los síntomas de su enfermedad como los efectos secundarios del tratamiento. Las angustias de Tim sobre las penosas circunstancias que rodeaban su muerte no eran infundadas, pero su temor a la muerte las amplificaba. Una vez que Tim y yo pudimos hablar sobre la posibilidad o probabilidad de su muerte -lo que la separación de su familia y la destrucción de su cuerpo iban a suponer para él- su desesperación desapareció. Aceptó el tratamiento médico y usó los meses que le quedaban de vida para vivir más cerca de su mujer y de sus padres de lo que lo había hecho hasta entonces. Dos días antes de morir, Tim hablaba de lo que se habría perdido si no hubiese tenido la oportunidad de irse de este modo amoroso. Si el suicidio asistido hubiera sido legal, como en la ley de Oregon que está ahora en los tribunales, probablemente Tim habría pedido ayuda a un médico para acabar con su vida. Como estaba mentalmente lúcido, habría sido considerado apto para el suicidio asistido, y seguramente habría encontrado a un doctor que habría accedido a su petición.<sup>69</sup>

## I. Depresión y eutanasia en Suiza y Oregon

Lamentablemente, países como Suiza y Estados como Oregon no se han hecho cargo de la asociación entre depresión y deseos de morir; tal como muestran las enfermeras británicas Vicky Robinson y Helen Scott, expertas en cuidados paliativos.

En el caso de Oregon, dos doctores deben aprobar la solicitud de suicidio asistido, pudiendo derivar al solicitante a una consejería en salud mental (psicológico o psiquiatra) si lo estiman conveniente. Sin embargo, como destacan Robinson y Scott, se ha producido una dramática y progresiva disminución de estas consejerías con el paso de los años: en 1997, los doctores a cargo derivaban al 31% de los solicitantes, similar al 37% del año 1999. Durante 2007 este porcentaje bajó al 1,5%, y el año 2009, se redujo a cero. Dicho de otra forma, del total de solicitantes de suicidio asistido, ese año no hubo ni uno solo derivado a consulta psiquiátrica. Si bien una parte de esta disminución puede deberse a una mejora en los diagnósticos clínicos (los doctores que realizan estos diagnósticos son los mismos, por lo que pueden haber agudizado su criterio de selección), ciertamente las enfermedades mentales no han desaparecido de la población general, y tampoco las depresiones originadas por la aparición de una enfermedad terminal. De hecho, según la OMS un 4,4% de la población mundial padece depresión, aumentando ese porcentaje entre jóvenes y ancianos. Esto implica un aumento de un

<sup>69</sup> Hendin, «Suicidio, Suicidio Asistido y Eutanasia. Lecciones de la experiencia holandesa».

18,4% en los últimos 10 años.<sup>70</sup> Pretender que la depresión es inexistente en casos de enfermedad terminal es simplemente una quimera.

Una dramática ilustración de cómo la depresión mina la libertad de las personas lo entrega un estudio de Linda Ganzini.<sup>71</sup> En un seguimiento a 58 pacientes de Oregon que buscaron ayuda para morir, quince de ellos atravesaban por un cuadro depresivo diagnosticado. Sin embargo, fueron 18 los que recibieron prescripciones para ingerir una droga letal durante el desarrollo del estudio. De ellos, nueve murieron al completar su suicidio asistido.<sup>72</sup> Dentro de este último grupo, se encontraban tres diagnosticados con depresión. Una cuarta participante había comenzado una terapia psicológica al mismo tiempo de haber solicitado un suicidio asistido. El tratamiento resultó ser exitoso. Salió de su depresión antes de recibir la prescripción y no completó el proceso.

Este caso refleja no solo la dificultad para diagnosticar correctamente una depresión, sino las consecuencias que trae. Si los doctores hubiesen prescrito una terapia psicológica a estos tres pacientes, quizás hubiesen elegido la vida.

El psiquiatra Herbert Hendin da cuenta de otro caso. Joan Lucas, una paciente de Oregon con Esclerosis Lateral Ameotrófica (ELA), tuvo un intento fallido de suicidio. Días después, pidió un suicidio asistido a un médico. Él aceptó, pero antes le pidió un diagnóstico psicológico. La familia encontró un psicólogo, quien le aplicó un test basado en preguntas verdadero y falso. Joan se vio imposibilitada de ir a la consulta del profesional, y este no tenía tiempo para visitarla en su hogar. Entonces le entregó el cuestionario a los hijos de la paciente, para que su madre las respondiera desde la casa. Se trataba de preguntas verdadero y falso que la familia consideró “sumamente divertidas” y que en palabras textuales de una de sus hijas “la familia se rió de ellas”. Sobre la base de ese diagnóstico, el psicólogo en cuestión indicó que “la depresión por la que atraviesa la paciente está directamente relacionada con su situación”. Así, unos días después, Joan recibió un suicidio asistido.<sup>73</sup>

En Suiza, tal como cuentan Robinson y Scott, una depresión puede ser causal de rechazo de eutanasia si se demuestra que esta impide a la persona tomar una decisión autónoma. Sin embargo, tampoco es necesario un diagnóstico psiquiátrico para acceder a una eutanasia (de hecho, ni siquiera una enfermedad terminal). Una de las organizaciones

---

<sup>70</sup> World Health Organization, «Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates», 2017, 6.

<sup>71</sup> Ganzini et al., «Prevalence of Depression and Anxiety in Patients Requesting Physicians' Aid in Dying».

<sup>72</sup> Como veremos más adelante, un importante porcentaje de personas que completan su solicitud de suicidio asistido en Oregon, finalmente no la llevan a cabo.

<sup>73</sup> Hendin, «The Case Against Physician-Assisted Suicide», 9.



que entrega la droga letal en dicho país utiliza personal voluntario -no necesariamente profesional- que recibe una pequeña capacitación para evaluar a los solicitantes según una lista de requisitos. Dos estudios analizaron los casos de las 166 personas cuyo suicidio fue asistido por esta ONG, encontrando los siguientes hallazgos: primero, el 27% del total de personas que recibieron un suicidio asistido tenía depresión; segundo, en 31 casos no había registro del formulario de solicitud; tercero, en otros 20 casos, el apartado de depresión y apoyo social no había sido completado correctamente; por último, ningún especialista en salud mental acompañó estas evaluaciones.<sup>74</sup>

La irresponsabilidad de estas políticas es tan evidente que incluso investigadores favorables a la eutanasia como Guenter Lewy han llegado a reconocer que los programas de eutanasia y suicidio asistido en Oregon y Suiza, así como están hoy concebidos, se prestan para evidentes abusos.<sup>75</sup>

En resumidas cuentas, aun cuando la relación entre enfermedades terminales, eutanasia y depresión es estrecha, muchos profesionales de la salud, legisladores y diseñadores de políticas públicas parecen olvidar consideraciones mínimas sobre la libertad de las personas en defensa de un ejercicio total de autonomía. El costo de hacerlo, como vemos, es enorme.

### **j. Problema nº3: la evolución de la eutanasia**

Incluso si se acepta que la eutanasia no-voluntaria y la depresión entre sus solicitantes son realidades comunes, la pregunta esencial de los defensores de la eutanasia sobre la legitimidad de la misma se mantiene: ¿qué mal le hace al resto que una persona con una enfermedad avanzada o incurable desee morir? Lo cierto es que el daño es evidente, puesto que las leyes tienen una función educativa y permean en los comportamientos y las actitudes de las personas.

Un buen ejemplo aplicado a la eutanasia son las observaciones que hace Javiera Belloio respecto al caso Holandés.<sup>76</sup> Luego de su legalización, durante algunos años no hubo grandes cambios en la cantidad de muertes por esta práctica. Más aún, se observó una disminución en

<sup>74</sup> Robinson y Scott, «Why Assisted Suicide Must Remain Illegal in the UK», 44.

<sup>75</sup> En los casos de Oregon y Suiza ver respectivamente: Lewy, «1. Introduction», 14; Lewy, «6. Assisted Death as a Last Resort», 153

<sup>76</sup> Belloio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile», 76.

los años inmediatamente posteriores a su aprobación, aunque siempre dentro de los rangos observados desde 1990.<sup>77</sup>

El panorama comenzó a cambiar cuatro años después de haberse aprobado formalmente. Como da cuenta Bellolio basándose en estadísticas oficiales, entre 2006 y el 2015 las cifras aumentaron desde el 1,5% a casi el 4% de total de muertes de aquel país. Es decir, los número prácticamente se cuadruplicaron.<sup>78</sup> En los últimos años, esta tendencia se ha mantenido: según el Reporte Anual de la Comisión Regional Revisora Holandesa, el año 2016, de un total de 148.973 defunciones, murieron por eutanasia y suicidio asistido 6,091 personas (4,08%). En el año 2017, el número total de muertes por eutanasia fue de 6.585 de un total de 150.027 defunciones en todo el país (4,38%).<sup>79</sup>

El aumento en las solicitudes de eutanasia no es un fenómeno restringido a Holanda, sino que se observa en todos los países y estados con datos disponibles. En Flandes, región de Bélgica en que habita el 60% de la población del país, se estima un patrón similar al holandés: si bien la proporción de muertes por eutanasia —sin considerar suicidios asistidos— cae levemente luego de la aprobación de la ley y se mantiene estable durante algunos años, luego registra un aumento progresivo y estadísticamente significativo.<sup>80</sup> Al mirar los reportes del Ministerio de Salud Belga vemos que, en términos brutos, la tendencia se confirma: el número de eutanasias ha aumentado sostenidamente año a año, como se aprecia en el gráfico N°2. Se debe tener en cuenta que este aumento persiste al compararlo al total de muertes anuales: si el año 2008 las eutanasias y suicidios asistidos significaban el 0,7% de todos los fallecidos de este país, el 2017 alcanzaban el 2,1%.<sup>81</sup>

---

<sup>77</sup> Recordemos que las primeras eutanasias en Holanda comenzaron a ser autorizadas judicialmente a comienzos de la década de los ochenta, por lo que en la práctica cuentan hace más 30 años de experiencia en el tema. Durante la década de los noventa el poder judicial holandés ya solía aprobar solicitudes de eutanasia con cierta regularidad y gracias a los informes encargados por tribunales durante esta misma década, hoy contamos con cifras confiables. Bregje D Onwuteaka-Philipsen et al., «Trends in End-of-Life Practices before and after the Enactment of the Euthanasia Law in the Netherlands from 1990 to 2010: A Repeated Cross-Sectional Survey», *The Lancet* 380, N°9845 (septiembre de 2012), 908-15.

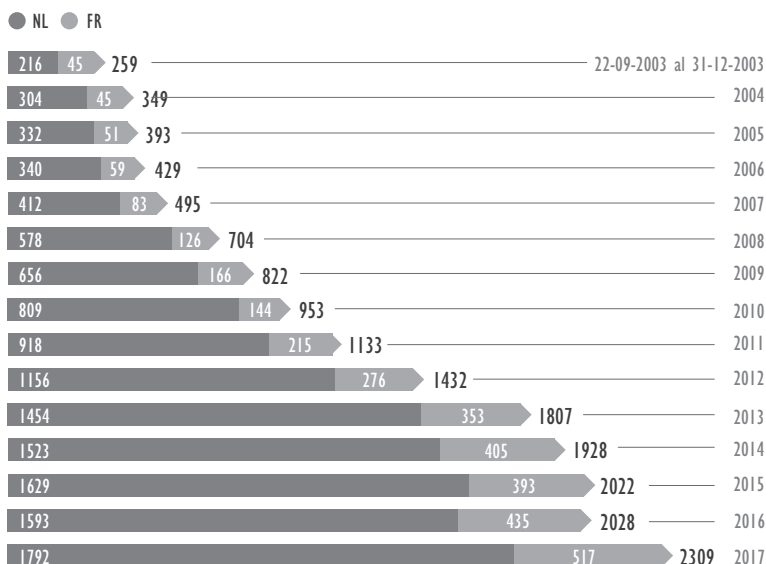
<sup>78</sup> Bellolio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile», 76-78.

<sup>79</sup> Regional Euthanasia Review Committes, «Annual Report 2017», abril de 2018.

<sup>80</sup> Kenneth Chamberaere et al., «Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium», *New England Journal of Medicine* 372, N°12 (19 de marzo de 2015), 1179.

<sup>81</sup> Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, «Huitième rapport aux Chambres législatives années 2016 - 2017» (Service Publicque Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 17 de julio de 2018), 9. Las estimaciones descansan en los siguientes cálculos: los años 2008 y 2017 murieron en Bélgica 104.587 y 109.629 personas respectivamente. Como puede verse en el gráfico, ambos años murieron producto de una eutanasia, respectivamente, 704 y 2309 personas. Luego, el año 2008 el 0,673% del total de muertos, fallecieron por esta causa, mientras que el 2017 lo hizo el 2,1%. <https://www.statista.com/statistics/516846/number-of-deaths-in-belgium/>

Gráfico n°2: cantidad de casos de eutanasia en reportados en Bélgica 2004-2017



FUENTE: Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia. «Octavo informe para la Cámara Legislativa, años 2016-2017». Servicio Público Federal de Salud Pública, seguridad de la cadena alimenticia y el medio ambiente de Bélgica. 17 de julio de 2018, 9.

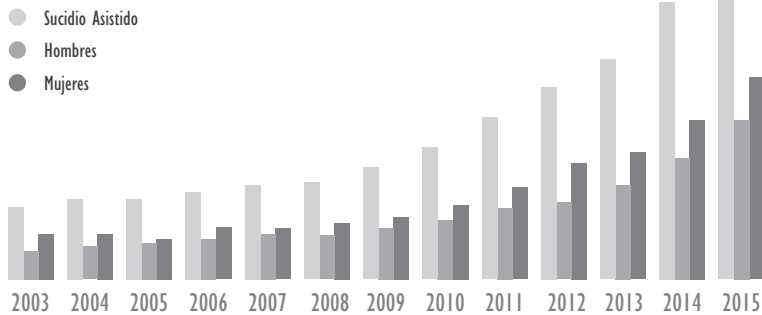
En Oregon, el suicidio asistido es una opción minoritaria en comparación a Bélgica y Holanda, pero aun así registra un aumento: de un 0,05% en 1998 a 0,23% en el 2011.<sup>82</sup>

En Suiza, un estudio que considera 3.173 muertes certificadas durante el 2013, encuentra que el 1,4% de las muertes fueron provocadas por suicidio asistido. En un estudio similar que utiliza datos del año 2001, las muertes de este tipo alcanzaban el 0,5% de la muestra.<sup>83</sup> Las estadísticas oficiales van en la misma línea, con un aumento sostenido en la cantidad de suicidios asistidos reportados entre el 2003 y el 2015. El año 2016 el número disminuyó ligeramente, por lo que es importante esperar a los próximos reportes para constatar si la tendencia al alza experimentará un cambio o no.

<sup>82</sup> Nicole Steck et al., «Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States: Systematic Literature Review», *Medical Care* 51, N°10 (octubre de 2013), 942.

<sup>83</sup> Emanuel et al., «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», 86.

Gráfico n°3: cantidad de casos de eutanasia en reportados en Suiza 2003-2015



Fuente: Oficina Federal de Estadística de la Confederación Suiza.”

Finalmente, en Luxemburgo, entre los años 2009 y 2016 se aplicaron 51 eutanasias. Puede sonar una cantidad modesta en relación a los otros países, pero también se registra un aumento sostenido de los casos: de un caso el año 2009, se pasó a nueve el 2016.<sup>84</sup>

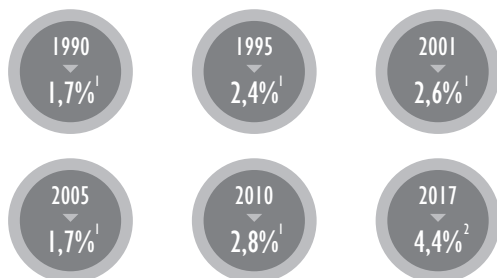
Hace algunos años, Nicole Steck y otros investigadores sugirieron que el aumento en los casos registrados —al menos en Holanda y Bélgica— se debe al aumento de los doctores dispuestos a reportar eutanasias. Los autores argumentan que esto explicaría por qué en ambos países los números oficiales de eutanasias aumenta de forma sostenida mientras que los de suicidio asistido se mantienen constante.<sup>85</sup>

Es una hipótesis plausible, considerando el alto número de eutanasias que no fueron informadas a las autoridades holandesas durante la década de los noventa. En tal caso, la cifra confirmaría la existencia de una alta “cifra negra” aun después de aprobada la ley. Aun así, es poco probable que esta sea la única explicación a este fenómeno, pues en tal caso lo esperable es que la cifra se estabilice en algún punto y luego permanezca constante. Cuando ya han pasado cinco años desde esta afirmación y los reportes de eutanasia siguen aumentando, atribuir la totalidad de ese incremento a un mayor reporte es improbable.

<sup>84</sup> La declaración oficial reporta 52 casos pero incluye uno que cataloga como «disposiciones al fin de la vida». Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, «Quatrième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2015 et 2016)» (Ministère de la Santé, Juin de 2017), 4.

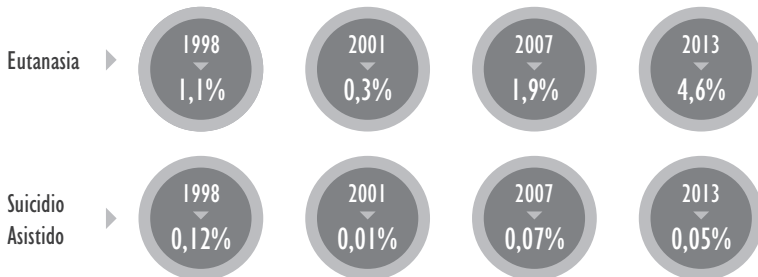
<sup>85</sup> Steck et al., «Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States».

### Porcentaje de muertes por Eutanasia y Suicidio Asistido en Holanda: 1990-2017



<sup>1</sup> Onwuteaka-Philipsen, B. D., A. Brinkman-Stoppelenburg, C. Penning, G. J. de Jong-Krul, J. J. van Delden, y A. van der Heide, "Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey", *The Lancet* 380 (2012) (9845 ), 908-915.  
<sup>2</sup> Regional Euthanasia Review Comitees. «Annual Report 2017», 2017. [www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg](http://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

### Porcentaje de muertes por Eutanasia y Suicidio Asistido en Flandes (Bélgica): 1998-2013



K. Chambaere., R. Vander Stichele, F. Mortier, J. Cohen y L. Deliens. "Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium", *New England Journal of Medicine*, 372 (12) (2015), 1179-1181

Con respecto al debate local, Gladys Bórquez, directora de la sociedad chilena de bioética, afirmó ante la Comisión del Salud de la Cámara Baja del Congreso que la eutanasia está pensada para el 2% de los

casos en los que no se pueden aplacar dolores bajo ninguna circunstancia.<sup>86</sup> Sin embargo, las cifras desmienten la afirmación de Bórquez: los países parecen ir acostumbrándose lentamente a la posibilidad que cualquier ciudadano con algún sufrimiento tenga la opción de pueda quitarse la vida siendo ayudado en su deseo por el Estado.

### **k. Legislar basándose en la autonomía no conlleva mayor libertad**

Tal como vimos en el capítulo uno, el proyecto de ley que comenzó a discutirse a fines del 2018, exige a quienes soliciten una eutanasia, encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales al momento de la solicitud y manifestar su voluntad de manera expresa, inequívoca y libre de cualquier presión externa. El artículo 2° del proyecto de ley sobre eutanasia actualmente en discusión pretende poner los medios para que estas causales se cumplan. De esta forma, establece que, antes de realizar la solicitud de eutanasia, el médico tratante deberá proporcionar de manera verbal toda la información relacionada con el diagnóstico de la enfermedad, sus implicancias, síntomas, tratamientos probables, efectos y probabilidades de recuperación. Se exige, además, que se levante un acta en la que conste la realización de dicha entrevista, la cual debe ser firmada por la persona y al menos un familiar u otro tercero que el mismo paciente determine.

También se establece que el diagnóstico del médico tratante deberá ser ratificado por dos médicos especialistas. El sentido de confirmar la efectiva entrega de toda esta información es velar por la autonomía del paciente: tener la mayor cantidad de información y el menor número de coerciones, con el objeto de que este pueda tomar una decisión libre.

Sin embargo, esta especificación parece ser innecesaria e insuficiente. Innecesaria, porque se trata de datos que los profesionales de la salud suelen transmitir a sus pacientes. Insuficiente, porque el proyecto omite los puntos realmente relevantes, en los que sí se pone en juego la libertad de la persona. El proyecto de ley exige que se le informe al paciente sobre cuidados paliativos, pero no deja claro en qué medida puede acceder a ellos. En ese sentido, el proyecto no hace referencia a un acompañamiento integral durante la fase inicial y terminal de su enfermedad. Tampoco hace mención sobre el acompañamiento post-mortem al que los familiares tienen derecho.

Otro punto crítico es la detección de enfermedades mentales que podrían coartar la libertad del paciente. A la fecha, el proyecto en

---

<sup>86</sup> Marcela González y Christopher Scott, comunicación personal, jueves 20 de diciembre.

cuestión exige que un psiquiatra o un médico familiar certifique el pleno uso de las facultades mentales del solicitante. Si bien es valorable que exista este “filtro psiquiátrico”, ¿cómo se realizará la pesquisa de los médicos familiares? La pregunta es relevante porque, en zonas sin acceso a psiquiatras, quienes realizarán la detección serán los médicos familiares. Es necesario considerar que, hasta hace algunos años, más del 80% del total de psiquiatras del país vivía en la zona central.<sup>87</sup> Por otra parte, muchos médicos familiares reportan tener serias dificultades para detectar depresiones por falta de competencias.<sup>88</sup>

## I. Autonomía y dolor: ¿La clave detrás de la eutanasia?

Como hemos visto extensamente, dos argumentos suelen resumir el apoyo a la eutanasia y al suicidio asistido tanto en la literatura especializada como en la discusión pública: evitar un gran sufrimiento y garantizar el derecho de toda persona a tomar sus propias decisiones. Lo razonable sería que los argumentos en virtud de los cuales se pretende aprobar la eutanasia coincidan con los motivos que las personas tienen para solicitarla. Sin embargo, ¿sucede esto en la realidad?

Responder a esta pregunta con investigación empírica es difícil, lo que no impide inferir conclusiones a partir de la evidencia disponible.<sup>89</sup> Alejandra Carrasco se refiere a un estudio del año 2000 en que se muestran las cinco razones más frecuentes por las que la gente solicita la eutanasia. Estas son, por orden de mención: 1) miedo, 2) fatiga emocional, 3) control sobre la muerte, 4) depresión y 5) dolor insoportable. Como la misma autora observa, tres de estas causas corresponden a problemas emocionales, y el control sobre la muerte solo está en el tercer lugar, y se estima, además, que no supera el 30% de los casos.<sup>90</sup>

<sup>87</sup> Guillou, Michèle, Jorge Carabantes C, y Verónica Bustos F. «Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile». *Revista médica de Chile* 139, N° 5 (mayo de 2011), 556.

<sup>88</sup> Warmenhoven, Franca, Eric van Rijswijk, Elise van Hoogstraten, Karel van Spaendonck, Peter Lucassen, Judith Prins, Kris Vissers, y Chris van Weel. «How Family Physicians Address Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care Patients». *The Annals of Family Medicine* 10, N°4 (7 de enero de 2012), 332.

<sup>89</sup> La dificultad radica en al menos dos puntos. El primero de ellos es la metodología. Por lo difícil que es investigar con personas que efectivamente tengan deseos de morir o que ya hayan pedido una eutanasia, la mayor parte de la literatura aplica encuestas con preguntas hipotéticas, sabiendo que la relación entre creencias y acciones es baja. Por otro lado, es difícil conceptualizar los motivos por los que la gente muere. En muchas investigaciones, por ejemplo, no se explica suficientemente bien a qué hacen referencias ciertas categorías (ej: “dolor” ¿Hace referencia a un dolor físico o también existencial?). Para más detalles sobre estas dificultades ver: Peter L. Hudson et al., «Desire for Hastened Death in Patients with Advanced Disease and the Evidence Base of Clinical Guidelines: A Systematic Review: [1]», *Palliative Medicine* 20, N°7 (2006), 693-701.

<sup>90</sup> Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿digna?», 184; Alejandra Carrasco hace referencia a la siguiente publicación M. J. P. A. Janssens y Zbigniew Zyllicz, «5 Options in Palliative Care: Dealing with Those Who Want to Die», *Baillière's Clinical Anaesthesiology* 12, n° 1 (1 de marzo de 1998), 121-31.

La categoría “control sobre la muerte” es de máxima relevancia, pues da cuenta de las personas que anteponen su autonomía a cualquier otra consideración. Como vimos al comienzo del capítulo, cuando la vida deja de considerarse un bien indisponible, la dignidad humana pierde su carácter absoluto y se vuelve un equivalente a la autonomía. Esto se condice con la evidencia empírica: una revisión sistemática de estudios cualitativos encuentra que, para muchos pacientes, la dignidad se asocia con la capacidad de autodeterminarse y al control sobre la propia vida y muerte. Sobre la base de esta y otra evidencia, los autores concluyen que la noción de dignidad se encuentra mediada por la de autonomía. Dicho de otra forma: dependiendo la valoración que tenga de la propia autonomía, se tendrá un determinado concepto de dignidad.<sup>91</sup>

Lo interesante, además, es que en el estudio señalado por Alejandra Carrasco la reivindicación de autonomía representa un número significativo pero en ningún caso mayoritario de los casos, mientras que el dolor físico insoportable aparece en el último lugar. Es decir, en el estudio en cuestión, y a diferencia de lo que suele esgrimirse en los debates públicos, ni el dolor ni la autonomía explican el grueso de las solicitudes de eutanasia.

Si bien la evidencia aportada por Carrasco no es muy reciente, hay otros estudios más actuales que tienden a confirmar —aunque con algunos matices— sus conclusiones. Por ejemplo, van Alphen, Donker y Marquet observan que en Holanda, en el período 1997-2007, un número relativamente bajo de casos de eutanasia se asocia a la pérdida de dignidad, categoría que —que como hemos visto— podemos asociar la pérdida de control sobre la vida. En este mismo estudio, las solicitudes por dolor físico son más relevantes que en la investigación aportada por Carrasco, pero tienden a la baja a través de los años, llegando a ser la segunda causa de menor importancia.<sup>92</sup>

Otra publicación concluye que los factores psicosociales y existenciales parecen ser más relevantes que aquellos relacionados con el dolor netamente físico. Este mismo estudio indica que el miedo al futuro es una razón habitualmente mencionada por los pacientes.<sup>93</sup> En otras palabras, tanto la autonomía como el dolor representan un porcentaje significativo; sin

---

<sup>91</sup> Rodríguez-Prat et al., «Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life», 12.

<sup>92</sup> El estudio clasifica los motivos detrás de una eutanasia en cinco categorías: sufrimiento intolerable, desesperanza, pérdida de dignidad, dolor físico y disnea (dificultades para respirar). Las dos primeras son causas emocionales y las dos últimas físicas. Dado que la autonomía es un concepto mediador entre dos nociones distintas de dignidad, la categoría «pérdida de dignidad» es la que mejor se análoga a «control sobre la muerte». Cabe decir que en esta publicación, las eutanasias realizadas por motivos emocionales representan alrededor del 40% del total de casos. Jojanneke E van Alphen, Gé A Donker, y Richard L Marquet, «Requests for Euthanasia in General Practice before and after Implementation of the Dutch Euthanasia Act», *British Journal of General Practice* 60, N°573 (1 de abril de 2010), 265.

<sup>93</sup> Hudson et al., «Desire for Hastened Death in Patients with Advanced Disease and the Evidence Base of Clinical Guidelines», 696; David A. Fishbain, John E. Lewis, y Jinrun Gao, «The Pain—Suffering Association, A Review», *Pain Medicine* 16, N°6 (1 de junio de 2015), 1057-72.



## [ ¿Qué factores influyen en una solicitud de eutanasia o suicidio asistido? ]

- Depresión o desesperación
- Síntomas refractarios
- [Percepción]<sup>1</sup> de falta de dignidad
- Miedo al futuro
- Miedo al proceso de morir y a la muerte
- Pérdida de control y autonomía
- Falta de apoyo social
- Angustia espiritual
- Sentimiento de ser una carga para otros.

Revisión de la literatura realizada por: Robinson, V., y H. Scott. "Why assisted suicide must remain illegal in the UK". *Nursing Standard*; 26 (18) (2012), 40-48.

<sup>1</sup> Palabras propias entre corchetes

embargo, no logran dar cuenta de las verdaderas razones que están detrás de una parte importante de las peticiones de eutanasia.

A lo largo de estas páginas hemos intentado mostrar que ambos puntos —autonomía y dolor— tienen falencias argumentativas o consecuencias indeseadas para la mayoría de las personas. Pero esto es solo una parte del problema.

Hay un tercer factor que los defensores de la eutanasia y la muerte asistida no suelen mencionar; que no solo es relevante en sí mismo, sino que amplifica los cuadros de dolor —volviéndolos más agudos— y la pérdida de control sobre la propia vida —volviéndola insoportable—. Este factor es el miedo. Este sentimiento puede analogarse a otros factores como la desesperación, la incertidumbre frente a la muerte o la desesperanza. En todos los casos se trata de un sentimiento subjetivo, dependiente del estado anímico y, como afirma Carrasco, muchas veces irracional.<sup>94</sup>

El mayor acceso a analgésicos y mayores espacios de libertad son importantes, pero son insuficientes frente a un fenómeno que no es meramente físico. Dificultades como el miedo o el desgaste emocional solo se pueden enfrentar con acompañamiento y cuidados, prácticas que, dentro de lo posible, devuelven la tranquilidad a pacientes que no logran sobreponerse al estrés de perder la autovalencia, en medio de fuertes dolores y preguntas existenciales.

La clave reside entonces en articular equipos que acompañen a las personas durante su trance hacia la muerte, ayudándoles a volver tolerable el dolor físico y, por sobre todo, dándoles el apoyo espiritual y humano que tanto necesitan. Lo anterior se puede resumir en dos palabras: *cuidados paliativos*.

<sup>94</sup> Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¡digna!», 185.

**Capítulo 3**

**CUIDADOS PALIATIVOS: DIGNIFICANDO EL CAMINO**

## 1. Una alternativa a la eutanasia

Como se concluyó en el capítulo anterior, son ciertos obstáculos de orden emocional —como el miedo, el sentimiento de cansancio o la depresión— las que explican la mayor parte de las solicitudes de eutanasia. Detrás de quienes piden la eutanasia hay, muchas veces, una dificultad para darle un sentido a la vida. Esto no implica descartar el dolor físico ni el deseo de tener control sobre el fin de la propia vida como motivos relevantes. Sin embargo, tal como hemos visto, ambas cosas están asociadas a desesperanza, miedo y otras contrariedades de orden psicológico y espiritual.

En este capítulo plantearemos que los cuidados paliativos son una verdadera solución a estos y otros problemas que supone enfrentarse a una enfermedad terminal. Veremos, además, cómo distintas organizaciones internacionales recomiendan no iniciar la discusión sobre la eutanasia y el suicidio asistido sin que estén aseguradas previamente buenas prestaciones de cuidados paliativos. También revisaremos la factibilidad de aplicar esta solución en nuestro país.

## 2. ¿Qué son los cuidados paliativos?

### a. Breve historia

El término *hospicio* se ha mantenido invariable hasta la actualidad para designar los lugares en que se reciben enfermos en el último periodo de su vida para entregarles cuidados paliativos. Si bien es una institución poco presente hoy en Chile, en lugares como EEUU o Inglaterra suelen funcionar como un lugar idóneo para la aplicación de este tipo de tratamientos con pacientes terminales o incurables.

Stephen Lutz señala como el antecedente directo de los actuales hospicios las casas de cuidado fundadas por los caballeros hospitalarios durante el siglo XIV.<sup>1</sup> Dichos albergues estaban destinados a cuidar a los viajeros y caballeros cruzados que caían enfermos en la mitad de sus viajes. A partir del relato de otros autores, se puede rastrear los orígenes de esta institución a comienzos del s. XI, en los sucesivos hospitales fundados en Jerusalem dedicados a recibir a los peregrinos venidos de occidente y que, en su mayoría, llegaban enfermos y en pésimas condiciones de

<sup>1</sup> La traducción del inglés "hospice". No tiene un equivalente en castellano. Según el American Heritage Stedman's Medical Dictionary: "A program or facility that provides palliative care and attends to the emotional, spiritual, social, and financial needs of terminally ill patients at a facility or at a patient's home." Stephen Lutz, «The History of Hospice and Palliative Care», *Current Problems in Cancer* 35, N°6 (noviembre de 2011), 304.

salud.<sup>2</sup> Lutz también indica que, durante la Edad Media, proliferaron las comunidades religiosas que dedicaban sus esfuerzos a la administración de hospicios, especializándose cada vez más en el cuidado de enfermos y dedicando menos atención a viajeros y peregrinos.<sup>3</sup>

El buen morir fue una tarea abordada de manera mayoritaria por las órdenes religiosas durante la Edad Media tardía. Sin embargo, no era una labor exclusiva de ellas: también fue objeto de preocupación de los médicos, como observan Stolberg y sus colegas.<sup>4</sup> Los autores en cuestión dan cuenta, a través de los registros y manuales de la época, cómo los doctores tenían básicamente los mismos ideales y objetivos que los paliativistas modernos. No son de extrañar, entonces, algunas prácticas, como el uso de analgésicos en pacientes terminales, recurriendo a mezclas como el paregórico, un compuesto de opio y alcohol. Existía además una importante discusión sobre cuándo usar este tipo de tratamientos. Por ejemplo, el autor del manual *Chirurgia*, de la segunda mitad del siglo XIV, sugiere realizar una cura larga, “praeservativa et palliativa” en tres circunstancias: 1) ante enfermedades incurables como la lepra, 2) en caso de que el enfermo rechace un tratamiento o no siga las instrucciones del doctor o 3) en aquellas circunstancias en que el tratamiento provoque un daño mayor al que ya causa la enfermedad misma.

Aun así, durante esta época y por al menos los cuatro siglos siguientes, el acompañamiento de los enfermos terminales era un negocio riesgoso para los médicos: en tiempos en que el prestigio se jugaba en la cantidad de enfermos rescatados de la muerte y donde los doctores competían casi por igual con barberos y otros profesionales ligados a la salud, muchos médicos preferían no involucrarse demasiado con moribundos y enfermos terminales. Los hospitales modernos, surgidos a partir de fines del siglo XVIII, tampoco escaparon a esta lógica, dedicándose en su gran mayoría a la atención de enfermos con buen pronóstico.<sup>5</sup>

No es sino hasta el siglo XIX en que se crean las primeras casas de hospicios dedicadas exclusivamente al acompañamiento de enfermos terminales. El primero de ellos fue el Hospicio de Nuestra Señora, fundado en el año 1879 por la Congregación de las Hermanas de La Caridad de Irlanda, dedicado en gran parte al cuidado de personas con tuberculosis o cáncer.<sup>6</sup> Las Hermanas de la Caridad fundaron otros hospicios de

---

<sup>2</sup> Bronstein, «Servus pauperum Christi».

<sup>3</sup> Lutz, 304.

<sup>4</sup> Michael Stolberg, Logan Kennedy, y Leonhard Unglaub, *A History of Palliative Care, 1500-1970: Concepts, Practices, and Ethical Challenges* (Cham: Springer, 2017), 187.

<sup>5</sup> Stolberg, Kennedy y Unglaub, 188.

<sup>6</sup> Lutz, «The History of Hospice and Palliative Care», 306; Stolberg, Kennedy y Unglaub, *A History of Palliative Care, 1500-1970*, 166.

este carácter en distintas partes del mundo. Fue en el Hospicio San José, uno de los cuatro centros fundados por esa congregación en Londres, donde Cicely Saunders, considerada como la fundadora de lo que hoy conocemos como cuidados paliativos, se inició en el oficio de ayudar a las personas a tener una buena muerte.<sup>7</sup>

El gran logro de la también llamada “Dama Saunders” consistió en haber fundado en 1967 el Hospicio San Cristóbal en Londres, considerado el primer centro de atención en cuidados paliativos moderno. En este lugar, Saunders combinó atención profesional, investigación empírica y entrenamiento en técnicas de acompañamiento y manejo del dolor. Se trató del primer impulso dentro de un movimiento que creció de forma rápida y vigorosa en Europa, Estados Unidos y otras partes del mundo, como Sudáfrica y Zimbabwue.<sup>8</sup> Dentro de este acelerado desarrollo, Lutz resalta al menos otros cuatro hitos significativos.<sup>9</sup>

El primero se da en 1969, cuando la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross publica el libro *On Death and Dignity*, uno de los primeros trabajos sistemáticos sobre cuidados al final de la vida. Fue gracias a esta y otras publicaciones que los cuidados paliativos ganaron una creciente popularidad y se perfilaron como una disciplina con estatus científico.

El segundo paso ocurre el año 1974, cuando el Congreso de EEUU aprueba un programa piloto de 26 hospicios a nivel nacional. Ese mismo año, el doctor canadiense Balfour Mound habría usado por primera vez el término cuidados paliativos (un derivado del verbo latín *palliare* que significa tapar).<sup>10</sup> Por último, en 1987, la medicina paliativa fue reconocida en Reino Unido por primera vez como una especialidad médica.<sup>11</sup>

Más de quinientos años después que aparecieran los primeros manuales aconsejando cómo identificar y tratar a un enfermo terminal, la Organización Mundial de la Salud definió los cuidados paliativos como

Un enfoque que, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana y por medio de la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psico

<sup>7</sup> Lutz, «The History of Hospice and Palliative Care», 306; Cicely M Saunders et al., *Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos* (Madrid: SECPAL, Sociedad española de Cuidados Paliativos y Obra Social La Caixa, 2011), 61; Stolberg, Kennedy, y Unglaub, *A History of Palliative Care, 1500-1970*, 167.

<sup>8</sup> Felicia Marie Knaul et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage: The Lancet Commission Report», *The Lancet* 391, N°10128 (abril de 2018), 1399.

<sup>9</sup> Lutz, «The History of Hospice and Palliative Care», 305-7.

<sup>10</sup> Lutz, 307.

<sup>11</sup> Knaul et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage», 1399.

sociales y espirituales, mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, quienes enfrentan los problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida.<sup>12</sup>

Hoy en día los cuidados paliativos son una disciplina médica consolidada y con una fuerte actividad en los países de mayor desarrollo. Durante el año 2009, apenas 57 años después de la fundación del Hospicio San Cristóbal, más de 5.000 programas de cuidados paliativos se encontraban en funcionamiento solo en EEUU.

## **b. ¿Qué incluye un equipo de cuidados paliativos?**

En abril del 2018, un grupo de investigadores paliativistas publicó en la prestigiosa revista *The Lancet* un exhaustivo informe sobre los beneficios y desafíos de la implementación de equipos especializados en esta disciplina. El equipo definió una serie de medidas esenciales, pensadas para dar un trato digno y universal a la población de enfermos terminales. Estas medidas incluyen medicamentos varios (donde destaca la morfina y varios de sus derivados), equipamiento básico (como colchones o pañales) y horas profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesionales de la salud mental, terapeutas ocupacionales, químicos-farmacéuticos, etc.).<sup>13</sup> Conviene aclarar que este no considera aspectos como quimioterapia, radioterapia o cirugías.<sup>14</sup>

Según lo que estimó este mismo informe, un paquete de esta naturaleza no es, como podría pensarse, caro: para el año 2014, el precio por paciente para un país de ingresos medio-altos como México era de US\$796 al año: unos \$530.000 pesos chilenos. En términos macroeconómicos, implementar de forma universal estas medidas implicaría un gasto del 0,03% del PIB o entre el 0,84 y el 0,96% del gasto en salud pública anual de aquel país.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> World Health Organization, «WHO Definition of Palliative Care», World Health Organization, 2018, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Traducción propia.

<sup>13</sup> Los opioides (especialmente la morfina inyectable) son un elemento fundamental del "pack". Conviene resaltar que la morfina usada en dosis adecuadas no conlleva riesgo de adicción, algo que ya había observado Cicely Saunders trabajando en el Hospicio San José con la Hermanas de la Caridad, antes de fundar el St. Christopher Hospice. El uso de la morfina resulta sospechoso para muchas personas, conscientes de los problemas de adicción y abuso de derivados de esta sustancia, que existen en países como EEUU y Canadá. Se debe tener en cuenta que ambos casos constituyen una excepción, en buena parte porque en ellos la disponibilidad de opioides (por producción y facilidad de acceso) es muchísimo mayor a la del promedio mundial. Para más detalles véase: Saunders et al., *Velad conmigo*, 72-73; Knaul et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage», 1402.

<sup>14</sup> Knaul et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage», 1420.

<sup>15</sup> Knaul et al., 1421.

### c. Ventajas de los cuidados paliativos

La evidencia encontrada por la comisión Lancet muestra una serie de ventajas de este tipo de tratamientos: por ejemplo, indica que los programas de cuidados paliativos reducen los riesgos de gastos catastróficos en salud.<sup>16</sup> Como el informe explica, las enfermedades catastróficas –según la OMS, aquellas que significan un gasto de más del 40% del ingreso para las familias– son una de las principales causas de empobrecimiento en países de bajos y medianos ingresos, afectando especialmente a las familias más pobres.<sup>17</sup> Este ahorro que producen los cuidados paliativos no debe extrañarnos, puesto que buenas estrategias de adecuación terapéutica justamente evitan al paciente iniciar tratamientos para restablecer la salud, procedimientos que no solo resultan ser agresivos e ineficientes, sino sumamente caros. En otras palabras, esto significa que un enfermo terminal podría pasar los últimos meses de su vida en su propio hogar recibiendo cuidados paliativos, en lugar de estar internado en un hospital con tratamientos de mediana y alta complejidad. La diferencia no solo la percibe el paciente, sino también la economía familiar.

Este ahorro beneficia también a hospitales y sistemas de salud nacionales. Las investigaciones muestran consistentemente que los hospitales que cuentan con programas de cuidados paliativos gastan menos que aquellos que cuentan con otro tipo de servicios. Peter May y sus colegas estiman que este ahorro podría oscilar entre un 6% y un 25% del presupuesto del hospital. También concluyen que los pacientes de los hospitales con programas de cuidados paliativos utilizan menos la unidad de cuidados intensivos que pacientes de otros hospitales que no cuentan con esta clase de programas.<sup>18</sup>

En consonancia con este último punto, el Informe Lancet señala que en México los programas de cuidados paliativos reducen el ingreso de pacientes terminales a hospitales.<sup>19</sup> En la misma línea, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) da cuenta de estudios donde se estima que la implementación de un programa de cuidados paliativos a nivel nacional, acorde a la realidad del país, podría significar-

<sup>16</sup> Knaul et al., 1395.

<sup>17</sup> Kei Kawabata, Ke Xu, y Guy Carrin, «Preventing Impoverished through Protection against Catastrophic Health Expenditure», *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization* 80, N°8 (2002), 612.

<sup>18</sup> Peter May, Charles Normand, y R. Sean Morrison, «Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research», *Journal of Palliative Medicine* 17, N°9 (septiembre de 2014), 1060.

<sup>19</sup> Knaul et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage», 1395.

le al Estado un ahorro de entre un 10% y 20% de gasto en salud.<sup>20</sup>

#### **d. Cuidados paliativos en el mundo**

Como hemos visto, la medicina paliativa es una disciplina promisoriosa por los enormes beneficios que provee, y con costos relativamente bajos. Sin embargo, su desarrollo es aún precario a nivel global. Se estima que un 45% de las personas fallecidas durante el año 2015 padecían de una enfermedad relacionada con fuertes dolores. De este total, el 80% vivía en países de bajos o medianos ingresos, la gran mayoría de los cuales no posee sistemas de cuidados paliativos.<sup>21</sup>

En un reporte sobre cuidados al final de la vida, elaborado por la *Economist Intelligence Unit*, se calcula que, de los enfermos que podrían acceder a un hospicio o a un programa de cuidados paliativos, solo el 8% lo hace. Lamentablemente, este déficit no es solo un problema de países con un bajo nivel de desarrollo. En un ranking sobre la calidad de los cuidados al final de la vida en 40 países publicado en este mismo informe, se observa que países de altos ingresos aparecen en posiciones relativamente inferiores dentro del ranking. Es el caso de Dinamarca (22°), Italia (24°), Finlandia (28°) o Corea del Sur (32°).<sup>22</sup>

### **3. ¿Qué pasa en nuestro país?**

Según el Atlas de Cuidados Paliativos elaborado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP), Chile tiene un buen sistema de cuidados para el contexto latinoamericano.<sup>23</sup> El Atlas considera aspectos como el número de escuelas de salud que imparten formación en cuidados paliativos, la cantidad de programas de especialización o el acceso a opioides, entre otros indicadores.

En efecto, según los reportes ya mencionados, Chile tiene una no despreciable red de servicios: tres residencias tipo hospicios (ninguna de ellas estatal), 83 equipos de atención domiciliaria, 32 servicios en hospitales de segundo nivel y 28 en hospitales de nivel terciario. Además, el país cuenta con 57 equipos multinivel, 74 equipos de apoyo hospitalario

---

<sup>20</sup> Sociedad Española de Cuidados Paliativos, «Comunicado. Sobre la Proposición de Ley para la despenalización de la eutanasia», 15 de mayo de 2018.

<sup>21</sup> Knaul et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage», 1392.

<sup>22</sup> Lien Foundation y Economist Intelligence Unit, «The quality of death Ranking end-of-life care across the world» (Londres, Nueva York, Honk Kong, 2010), 9.

<sup>23</sup> Tania Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile» (IAPH Press, 2012).



y 20 equipos de voluntariado.<sup>24</sup>

Con esta oferta, Chile es el país sudamericano con mayor cantidad de equipos en cuidados paliativos. Es, además, el mayor consumidor de analgésicos opioides por habitante de la región (11,3 mg., en comparación con el promedio latinoamericano de 4,8 mg.), lo que se puede considerar un buen indicador a nivel país de provisión de esta clase de servicios.

Reafirmando la posición de Chile a nivel latinoamericano, según la categorización establecida por la Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA), Chile es calificado con un "4a", lo que significa que los servicios de cuidados paliativos se encuentran en una etapa preliminar de integración con el sistema de salud nacional.<sup>25</sup> A esta categoría pertenecen países como China, Dinamarca, Finlandia, Kenya y Zimbabwe. Es decir, nuestro país se encuentra en un nivel avanzado, pero con muchos aspectos por mejorar:

Mirando los datos de forma superficial, Chile podría ser considerado el segundo país con mejor oferta en cuidados paliativos del continente, siendo superado solamente por Costa Rica. Aun así, se debe tener en cuenta que la calidad de estos datos es heterogénea y susceptible de presentar errores de medición, por lo que podría ser más correcto afirmar que nuestro país se encuentra en el grupo de países con mejor medicina paliativa del continente, compartiendo lugar con Argentina, México y Costa Rica.<sup>26</sup>

## a. Desafíos pendientes

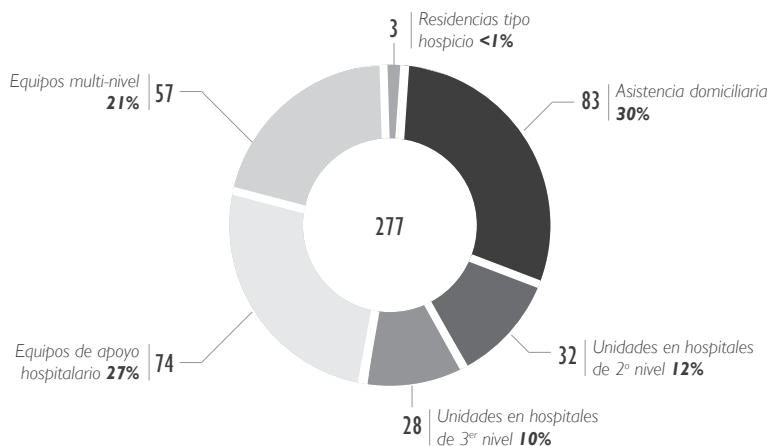
Aun cuando en términos comparados Chile tiene una buena oferta de cuidados paliativos, lo cierto es que dicha oferta es completamente insuficiente para la demanda existente: se estima que el año 2010 hubo 75.000 enfermos terminales en nuestro país, de los cuales alrededor de 60.000 no recibieron cuidados paliativos. Es decir, aun cuando tengamos un sistema de cuidados paliativos privilegiado en comparación al resto del continente, este no da cabida a una gran cantidad de ciudadanos

<sup>24</sup> En el informe, los equipos de atención domiciliaria son aquellos que «proporcionan cuidados paliativos a pacientes y apoyan a sus familiares y/o cuidadores en la casa del paciente. Tienen un sistema de referencia y contrareferencia con hospitales de segundo y/o tercer nivel.» Pastrana et al., 26. Por otro lado, tradicionalmente, el nivel secundario dice relación con los servicios de larga estada; para pacientes con enfermedades de baja o mediana complejidad. A su vez, el nivel terciario refiere a las urgencias. Los equipos multinivel son aquellos que combinan el nivel primario con el secundario y el secundario con el terciario. Por último, el documento en cuestión define los equipos de apoyo hospitalario como aquellos que «prestan apoyo y asesoramiento a otros profesionales sanitarios, pacientes, familiares y cuidadores dentro del hospital (interconsulta). Sirven de enlace con otros servicios dentro del hospital. Tienen servicio de consulta externa pero no tienen facultad de hospitalizar pacientes.» Pastrana et al., 30.

<sup>25</sup> Stephen R. Connor et al., *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (2014), 39.

<sup>26</sup> Tania Pastrana, Isabel Torres-Vigil y Liliána De Lima, «Palliative Care Development in Latin America: An Analysis Using Macro Indicators», *Palliative Medicine* 28, N°10 (1 de diciembre de 2014), 1237.

## SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS



### NIVEL DE DESARROLLO

Estimación de Lynch y cols., 2012

4b	_____	Integración avanzada
4a	_____	Integración preliminar
3b	_____	Previsión generalizada
3a	_____	Previsión aislada
2	_____	Desarrollo incipiente
1	_____	Actividad desconocida



### OTROS DATOS

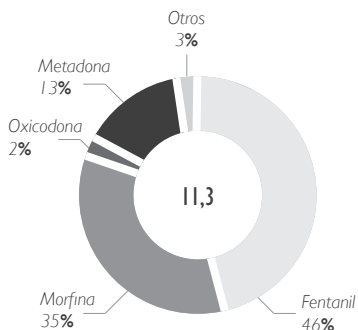
- Asociación nacional de Cuidados Paliativos
- Ley nacional de Cuidados Paliativos
- Plan nacional
- Certificación oficial para Medicina Paliativa
- **12/21** Proporción de facultades de Medicina con concursos de pregrado en Cuidados Paliativos sobre el total
- **29** Asistentes a congresos de la ALCP
- **12** Aportaciones científicas a congresos de ALCP

ELABORACIÓN: Tania Pastrana et al., Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica (Houston: IAHP Press ; Erea Comunicación, 2013).

## USO DE ANALGÉSICOS OPIÓIDES

per cápita del continente: 4,80 mg/hab. (datos correspondientes al año 2010)

Uso total de opiáceos (expresado en mg equivalentes de morfina por habitante) y proporción de cada tipo de opiáceo:



Estimación de la colaboración entre prescriptores y reguladores de analgésicos opiáceos.



ELABORACIÓN: Tania Pastrana et al., Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica (Houston: IAHP Press ; Erea Comunicación, 2013).

## SERVICIOS TOTALES POR MILLÓN DE HABITANTES



ELABORACIÓN: Tania Pastrana et al., Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica (Houston: IAHP Press ; Erea Comunicación, 2013).

que lo requieren. Considerando el progresivo envejecimiento de nuestra población, cada año serán más las personas que necesitarán de este tipo de servicios.

Este problema basal tiene otras dificultades asociadas. A juicio de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHP) y otras organizaciones, nuestro país tiene al menos seis desafíos por delante:<sup>27</sup>

- i. Aumentar la cobertura. Si bien el Estado garantiza cuidados paliativos a todos los afiliados, estos solo son provistos a pacientes con cáncer. En el año 2016 murieron 101.758 personas, de las cuales poco más de 22.000 lo hicieron por alguna variante de esta enfermedad (21,7%).
- ii. Dar solución a las Fuerzas Armadas. Las personas pertenecientes a las Fuerzas Armadas no cuentan con un sistema de salud que les proporcione un acceso a visitas domiciliarias o a medicamentos.<sup>28</sup>
- iii. Reconocer los cuidados paliativos como especialidad o subespecialidad médica.
- iv. Homologar servicios públicos y privados. Existen deficiencias en el sistema privado de salud que no se observan en el ámbito público, dado que no hay una regulación sobre las canastas de las ISAPRES. Esto lleva a que, por ejemplo, muchas veces se entreguen ahí medicamentos de peor calidad que los provistos por el Estado.
- v. Ampliar horarios de atención, pues no hay continuidad en los horarios de atención, debido a que las unidades por lo general funcionan solo de lunes a viernes y exclusivamente en horario diurno.
- vi. Regular el uso de fármacos, de los cuales no siempre existe un adecuado control médico debido a la gran demanda de estos servicios.

Un último problema a considerar son las consecuencias económicas que acarrea consigo una enfermedad terminal para el resto de la familia. Como recuerda el informe sobre cuidados paliativos elaborado por The Lancet, las enfermedades catastróficas son una de las principales causas de empobrecimiento en los países ingresos bajos o medios, especialmente en la población más vulnerable.<sup>29</sup> Considerando el PIB de nuestro país y la creciente importancia que la salud juega en los presupuestos familia-

---

<sup>27</sup> Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile», 86.

<sup>28</sup> En el concepto de "visitas domiciliarias" se encuentran comprendidas las de todos aquellos profesionales que pueden contribuir al bienestar de la persona enferma: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, kinesiólogos, etc.

<sup>29</sup> Knaut et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—An Imperative of Universal Health Coverage», 1395.

res, Chile no debiera ser la excepción a esta realidad.<sup>30</sup>

## b. Propuestas para mejores cuidados paliativos

Chile aún tiene un extenso camino que recorrer para generar una oferta suficiente de cuidados paliativos. Algunos desafíos son de largo aliento y de compleja resolución, pero otros son relativamente baratos y simples de implementar. Aquí incluimos cinco recomendaciones, establecidas por diversos expertos en la materia, que podrían tener impactos positivos en la salud de los enfermos terminales de nuestro país.

- i. Ampliar el acceso a cuidados paliativos para otras enfermedades. El actual sistema de cuidados paliativos es una garantía en salud (GES) del Estado para todos los chilenos inscritos en el sistema de salud pública. Sin embargo, este servicio está limitado a los pacientes con cáncer, dejando afuera a otras dolencias —en sí mismas menos frecuentes, pero igualmente dolorosas—, como el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Es por eso que la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos recomienda ampliar la cobertura.<sup>31</sup>
- ii. Aumentar la capacitación en cuidados paliativos. Como indica el estudio de Pérez-Cruz y sus colegas, la falta de profesionales lleva muchas veces a que los pacientes deban recibir sus medicamentos de la mano de sus propios familiares, luego de recibir instrucciones de los profesionales de la salud.<sup>32</sup> Esto a diferencia de países como Alemania, que cuenta con un sistema de cuidados paliativos más avanzado, donde el grueso de los cuidados son entregados por profesionales. Para evitar esas situaciones, una opción es entregar formación en cuidados paliativos de forma transversal a los profesionales de los CESFAM (enfermeras, médicos e incluso equipos psicosociales). De esta forma, los profesionales de la salud primaria pueden realizar procedimientos sencillos en ausencia de los equipos paliativistas.
- iii. Extender los horarios de los servicios de cuidados paliativos. Para tener equipos de cuidados paliativos disponibles los siete días de la

<sup>30</sup> Es algo que encuentran Benítez, Hernando y Velasco al observar las Encuestas de Presupuestos Familiares de los años 2011 y 2016. Los ya citados investigadores encuentran que en este periodo, los gastos familiares aumentan en un 26%. A su vez, los gastos en salud crecieron en un 50%. Es decir, los chilenos gastan más, en términos reales, en salud que hace 15 años. Es probable que este aumento se explique en gran parte por el envejecimiento de la población, como es la hipótesis de estos investigadores. Para más detalles véase: Alejandra Benítez, Andrés Hernando, y Carolina Velasco, «Encuesta de Presupuestos Familiares y gasto en salud: una primera mirada», *Puntos de Referencia* 484 (julio de 2018), 1-2.

<sup>31</sup> Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile», 85.

<sup>32</sup> Daniel Capurro, Matthias Ganzinger y José E. Pérez-Lu, «Palliative Care from a Medical Informatics Perspective in Chile, Germany, and Peru», *Studies in Health Technology and Informatics* (2013), 1013.

semana, las 24 horas del día —tal como recomienda la ALCP—, sería necesario ampliar los equipos y crear rotaciones nocturnas.<sup>33</sup>

- iv. Mejorar la formación en cuidados paliativos de los profesionales de la salud. No solo es importante desarrollar cursos y capacitaciones en cuidados paliativos, sino también potenciar la formación en pre y posgrado. Como observan varios académicos ligados al mundo de los cuidados paliativos, Latinoamérica entrega muy pocas oportunidades de desarrollo en esta disciplina: las escuelas de cuidados paliativos son pocas y poseen cupos insuficientes en comparación a lo que el continente necesita. Es por eso que los académicos en cuestión sugieren crear uno o dos centros de alta calidad dentro de América Latina y potenciar las becas para estudios en el extranjero.<sup>34</sup>
- v. Estandarizar las canastas de cuidados paliativos. En la actualidad las ISAPRES entregan servicios de cuidados paliativos de muy heterogénea composición y calidad (siendo en muchos casos muy inferior el servicio provisto por FONASA), como da cuenta la ALCP.<sup>35</sup> Mediante la homologación de estos servicios desde la Superintendencia de Salud, se puede aspirar a obtener una calidad similar entre las canastas de cuidados paliativos de servicios públicos y privados.

Un punto adicional pero sumamente relevante es el costo que tienen las enfermedades catastróficas, pues, como hemos visto, es posible que vulneren gravemente la economía de una familia. Es fundamental, entonces, crear mecanismos de apoyo económico para familias cuando uno de sus integrantes sea diagnosticado con una enfermedad de esta naturaleza. Hacer recomendaciones concretas en esta línea excede a nuestras posibilidades, pero sí podemos hacer mención a dos sugerencias hechas por expertos: la primera es señalada por la comisión Lancet. Este grupo de especialistas pone como ejemplo el financiamiento a enfermedades catastróficas que entrega el programa Seguro Popular en México. Esta política pública busca proteger financieramente a las personas que no tienen seguridad social al establecer —entre otras cosas— un fondo de protección contra gastos catastróficos. Este fondo incluye el financiamiento de cuidados paliativos y un subsidio monetario a pacientes terminales para ayudarles a costear los gastos no-médicos asociados a la enfermedad.

Una segunda opción aplicada a la realidad chilena fue desarrollada por CUPRUM y recogida por el diputado Leónidas Romero en un proyecto de ley y una indicación para la ley de eutanasia. La propuesta

<sup>33</sup> Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile», 85.

<sup>34</sup> Pedro E. Pérez-Cruz et al., «Challenges in Palliative Care Postgraduate Education in Latin America – Time for Collaboration», *Palliative Medicine and Hospice Care - Open Journal* 2, N°1 (21 de junio de 2016), 14-15.

<sup>35</sup> Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile», 85.

considera modificar la ley de pensiones para poder usar el dinero ahorrado en la cuenta de ahorro individual destinada a la jubilación en gastos asociados a la enfermedad y la muerte del paciente. Para tales efectos, se sugiere crear dos nuevos tipos de pensiones: una por enfermedad catastrófica y otra por enfermedad terminal. En el primer caso, se podría usar hasta un 15% de lo ahorrado para pagar cuentas de salud, siendo la misma AFP la encargada de hacer las operaciones, de modo de asegurar que estos recursos se usen exclusivamente para estos fines. En el caso de la pensión por enfermedad terminal, se propone recalcular lo ahorrado para las personas que reciban un diagnóstico de sobrevida por el doble del tiempo diagnosticado.<sup>36</sup> En otras palabras, si un paciente terminal recibe un diagnóstico de cáncer y el doctor estima que tendrá un año de vida, la persona en cuestión tendrá la opción de pedir una jubilación anticipada, recibiendo el total de sus ahorros, mes a mes, durante los dos años siguientes. De esta forma, él y su familia tendrán la posibilidad de amortiguar los altísimos costos de la enfermedad y contratar, si hiciera falta, servicios complementarios de cuidados paliativos.

#### 4. Relación entre cuidados paliativos y eutanasia

Decir que los cuidados paliativos son una respuesta a la eutanasia está lejos de ser un lugar común y una imagen forzada. Como veremos, existe una tensión entre esta práctica y los cuidados paliativos, la cual se observa a diferentes niveles. En primer lugar, existe una tensión a nivel discursivo, pues diferentes asociaciones nacionales e internacionales de médicos y paliativistas así lo manifiestan en sus declaraciones públicas sobre prácticas eutanásicas. En segundo lugar, porque la provisión de cuidados paliativos efectivamente disminuye las demandas por eutanasia.

Esto queda patente en el enfoque y los resultados que tienen intervenciones estandarizadas como la "terapia de la dignidad", algo que explicaremos más adelante. Por último, la formación en cuidados paliativos parece impactar en la opinión sobre la eutanasia de los profesionales que la reciben, algo que ya se mencionó en el capítulo 2 pero que retomaremos en los párrafos siguientes.

---

<sup>36</sup> De esta forma, se asegura de evitar que la persona quede sin fondos si sobrevive más tiempo del previsto. Este es sin embargo un escenario poco común, pues la mayor parte de las personas muere antes de lo previsto. Esto es especialmente cierto ante diagnósticos de seis meses o menos. Ver al respecto: Paul Glare et al., «A Systematic Review Of Physicians' Survival Predictions In Terminally Ill Cancer Patients», *BMJ: British Medical Journal* 327, N°7408 (2003), 195-98. Stephanie Cheon et al., «The Accuracy of Clinicians' Predictions of Survival in Advanced Cancer: A Review», *Annals of Palliative Medicine* 5, N°1 (14 de septiembre de 2015), 22-29.

## a. Declaraciones internacionales de sociedades paliativistas sobre la eutanasia

Las asociaciones de medicina y cuidados paliativos son por lo general muy cautas en sus declaraciones sobre la eutanasia. Sin embargo, algunas sociedades sí se declaran abiertamente en contra de ella, tales como la *World Medical Association* (WMA). Esta organización afirma categóricamente que “el suicidio médico, así como la eutanasia, es anti-ético y debe ser condenado por la profesión médica”.<sup>37</sup>

De forma igualmente clara, la *American Medical Association* opina que tanto el suicidio asistido como la eutanasia producen “más daño que bien” y que son “prácticas incompatibles con el rol médico”.<sup>38</sup> La *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) apoya las opiniones de ambas organizaciones y agrega que ni la eutanasia ni el suicidio asistido debieran ser considerados como una alternativa sin un sistema de cuidados paliativos universal.<sup>39</sup>

Otras entidades no se manifiestan abiertamente contra prácticas eutanásicas, pero hacen claras distinciones al respecto. Por ejemplo, la *Canadian Society of Palliative Care Physicians*, la *European Association for Palliative Care*, la *Palliative Care Australia* y la ya mencionada IAHPC consideran que los equipos de cuidados paliativos no deberían llevar a cabo eutanasias ni suicidios asistidos.<sup>40</sup> Más aún: estas prácticas ni siquiera deberían ser consideradas como prácticas de cuidados paliativos.

Posición similar tiene la *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA). Esta organización, si bien no se opone explícitamente a la eutanasia, sí es tajante al afirmar que esta no es una práctica de cuidados paliativos y que la eutanasia debe ser explorada [e interpretada] holísticamente como una expresión de sufrimiento existencial.<sup>41</sup>

Un último grupo de organizaciones se opone circunstancialmente a la eutanasia, aludiendo que sería irresponsable legislar sobre ella sin tener antes un sólido programa de cuidados paliativos implementado. La OMS, por ejemplo, afirmó a través de su Panel de Expertos para el

<sup>37</sup> [Traducción propia]. La resolución fue adoptada en la 53ª asamblea general y reafirmada con cambios menores en la sesión 194ª del consejo en abril del 2013. *World Medical Association*, «WMA Resolution on Euthanasia» (*World Medical Association*, septiembre de 2017).

<sup>38</sup> [Traducción propia]. *American Medical Association*, «Code of Medical Ethics» (*American Medical Association*, 2016), <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/code-of-medical-ethics-chapter-5.pdf>.

<sup>39</sup> Liliana De Lima et al., «International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *Journal of Palliative Medicine* 20, N°1 (enero de 2017), 11-12, <sup>40</sup> De Lima et al., 11.

<sup>41</sup> [Traducción propia]. Liz Gwyther, Neil Malan, y Sarah Fakroodeen, «WHPCA Position Paper on Euthanasia and Assisted Dying» (*Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*, mayo de 2012), 4-5.



alivio del dolor y cuidados paliativos en 1990, que “los gobiernos deben asegurar que se ha dedicado especial atención a las necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre eutanasia”<sup>42</sup>. La Asociación Española de Cuidados Paliativos (AECPAL) suscribe la misma opinión y se opone a la eutanasia, argumentando que el país no ha garantizado aún la cobertura al 100% de la población que necesita cuidados paliativos.<sup>43</sup>

## b. Cuidados paliativos como derecho humano

Pese a la importancia que tienen los cuidados paliativos, no hay ningún instrumento internacional que vincule directamente esta disciplina con los derechos humanos de forma directa. La ONU, sin embargo, ha promovido de dos formas el desarrollo de esta clase de servicios: haciendo llamados a los gobiernos a preocuparse del tema a través de la Organización Mundial de la Salud<sup>44</sup> y señalando que la carencia de cuidados paliativos vulnera dos tratados: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Tratado contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas y Degradantes.<sup>45</sup>

A juicio de muchas organizaciones, estos esfuerzos son insuficientes. Es por eso que durante el 13<sup>o</sup> Congreso Mundial de Cuidados Paliativos del año 2013,<sup>46</sup> algunas de las más prestigiosas instituciones ligadas a esta disciplina y al mundo de los derechos humanos firmaron un documento conocido como la Carta de Praga.<sup>47</sup> En esta se afirma que los cuidados paliativos son un remedio efectivo para aliviar el sufrimiento y pueden ser provistos a un costo relativamente bajo.<sup>48</sup> Asimismo, alienta a que organizaciones internacionales y reuniones de mayor tamaño “promuevan los cuidados paliativos como un derecho”.<sup>49</sup>

<sup>42</sup> Jacinto Bádiz Cantera, «Cuidados paliativos, y no eutanasia», [www.religionenlibertad.com](http://www.religionenlibertad.com), 24 de abril de 2018, <https://www.religionenlibertad.com/opinion/63932/cuidados-paliativos-eutanasia.html>.

<sup>43</sup> Isidro García Salvador, «Eutanasia y Suicidio Asistido: Posicionamiento de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL)» (AECPAL, 9 de noviembre de 2016).

<sup>44</sup> Por nombrar un ejemplo: 67a Asamblea Mundial de la Salud, «Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida», 24 de mayo de 2014.

<sup>45</sup> Human Rights Watch, «‘Por favor, no nos hagan sufrir más..’: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano», 3 de marzo de 2009, <https://www.hrw.org/es/report/2009/03/03/por-favor-no-nos-hagan-sufrir-mas/el-acceso-al-tratamiento-del-dolor-como-derecho>.

<sup>46</sup> The European Association for Palliative Care et al., «The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and recognize palliative care as a human right», 2013.

<sup>47</sup> Que incluye a muchas de las instituciones ya mencionadas: la IAHPC, el Human Rights Watch y el Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA).

<sup>48</sup> The European Association for Palliative Care et al., «atlas de», 2.

<sup>49</sup> The European Association for Palliative Care et al., 4.

### c. Impacto de los cuidados paliativos sobre las solicitudes de eutanasia

La oposición entre cuidados paliativos y eutanasia no es una mera declaración de principios: según un informe de la Facultad de Medicina UC, los cuidados paliativos disminuyen en al menos un 50% las solicitudes de eutanasia.<sup>50</sup> En algunos casos, incluso, muestran una eficacia de casi el 100%. Un ejemplo de esto se puede encontrar en el hospicio Rozenheuvel, en los Países Bajos. Del total de pacientes acogidos entre los años 1994 y 1995 en el centro holandés, el 25% pedía una eutanasia. De todos ellos, solo dos solicitantes perseveraron en el tiempo (es decir, el 1,5% del total de pacientes acogidos durante esos dos años). El resto de las personas desistieron en su petición.<sup>51</sup>

En nuestro país, las experiencias en cuidados paliativos son consistentes con el caso recién descrito. El hospital clínico de la Pontificia Universidad Católica, que posee dicho servicio, recibe muy pocas manifestaciones de voluntad de dar término a la propia vida, lo que bien puede estar indicando que sus servicios ayudan a disuadir los deseos de muerte y eutanasia de sus pacientes.

En la misma línea se encuentra el testimonio del doctor Juan Pablo Yaeger, presidente de la Sociedad de Cuidados Paliativos de nuestro país. El Dr. Yaeger, si bien no es contrario a que se legisle sobre la eutanasia (considerando previamente la aprobación de acceso universal a los cuidados paliativos en Chile), en su experiencia profesional se ha encontrado solo con una persona que la ha solicitado formalmente a pesar de recibir aquellos tratamientos paliativos.<sup>52</sup>

### d. Terapia de la dignidad

Aun cuando los cuidados paliativos tengan un efecto neto sobre las solicitudes de eutanasia, dentro de esta área existe al menos una terapia diseñada específicamente para dignificar a los pacientes. Se trata de una intervención desarrollada por la *Manitoba Palliative Care Research Unit* (MPCRU) liderado por el psiquiatra Harvey Chochinov. Esta terapia se

---

<sup>50</sup> Jaime Godoy et al., «Dignidad de la persona enferma al final de su vida: Reflexión de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile» (Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, julio de 2018), 5.

<sup>51</sup> Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿digna?», 185; Guenter Lewy, «2. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands», en *Assisted Death in Europe and America: Four Regimes and Their Lessons* (Oxford University Press, 2010), 58.

<sup>52</sup> Comunicación personal con el dr. Juan Pablo Yaeger. Correo electrónico recibido el 22-04-19.

fundamenta en investigaciones empíricas desarrolladas a partir de 1995.<sup>53</sup> En ellas, Chochinov y su equipo se preguntan por qué ciertos pacientes logran sobrellevar mejor sus dolencias que otros, aun cuando reportan niveles de dolor similares. A partir de estas investigaciones, en el año 2004 se creó un modelo teórico explicativo que, desde el 2007, comenzó a aplicarse por medio de consejos prácticos específicos para el trabajo con pacientes terminales. En palabras del propio Chochinov, la terapia de la dignidad es una

breve psicoterapia, [que] brinda a los pacientes con enfermedades que amenazan y limitan la vida la oportunidad de hablar sobre las cosas que más les importan. Estas conversaciones [son] grabadas [y] constituyen la base de un documento (...), que los pacientes pueden legar a las personas que elijan. La atención centrada en el cliente es un enfoque psicoterapéutico de apoyo, en el cual las enfermeras / terapeutas de investigación guían a los pacientes a través de discusiones que se centran en cuestiones de aquí y ahora.<sup>54</sup>

Una revisión de la literatura de evaluación de esta terapia muestra que es exitosa en los fines que se propone cumplir; pues en general entrega mayor sentido de dignidad, disminuye el sufrimiento e incrementa el apoyo de las familias, entre otros resultados positivos. Existe asimismo evidencia (limitada) de mejores reportes en síntomas de depresión y ansiedad.<sup>55</sup> Otro estudio de 461 personas (228 de intervención y 233 de control) encuentra que los pacientes de hospitales que reciben esta terapia tienen, al cabo de cuatro meses, una mayor calidad de vida —general y al final de la vida—, satisfacción con el cuidado, menor severidad en los síntomas y una menor cantidad de problemas en las interacciones con el equipo médico.<sup>56</sup>

### **e. Efectos de la formación en cuidados paliativos sobre la aprobación de la eutanasia**

Los médicos y las enfermeras se oponen en mayor medida a la eutanasia que la población general y los paliativistas, aún más. Esta relación se ha

<sup>53</sup> Dignity in Care, «Dignity Research», Dignity in Care (blog), 2016, /en/dignity-research.html.

<sup>54</sup> Harvey Max Chochinov et al., «Effect of Dignity Therapy on Distress and End-of-Life Experience in Terminally Ill Patients: A Randomised Controlled Trial», *The Lancet. Oncology* 12, N°8 (agosto de 2011), 2, [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X).

<sup>55</sup> Ann M. Dose et al., «Outcomes of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients With Advanced Cancer Undergoing Chemotherapy», *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 20, N°4 (agosto de 2018), 400-406.

<sup>56</sup> Camilla Zimmermann et al., «Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Cluster-Randomised Controlled Trial», *The Lancet* 383, N°9930 (mayo de 2014), 1727.

observado en países como Francia o Inglaterra.<sup>57</sup> Esto no significa a priori que la formación en cuidados paliativos lleve a los médicos a rechazar la legalización de esta práctica. Puede darse de hecho un efecto de autoselección; es decir, que sean las personas que se oponen a la eutanasia las que eligen dedicarse a los cuidados paliativos.

Lo más probable es que exista una combinación de ambos efectos: las personas que trabajan en cuidados paliativos probablemente ya sientan un cierto rechazo hacia la eutanasia, pero seguramente la formación y la práctica refuerzan esa idea. Sea una cosa u otra, este hecho plantea una paradoja: ¿por qué las personas que se enfrentan con mayor frecuencia al dolor y a la muerte tienden a mostrar una mayor oposición a la eutanasia? ¿No sería esperable que quienes ven el dolor y el sufrimiento de primera mano, que saben de las dificultades que rodean a la muerte, fueran justamente los primeros en permitir que las personas tengan la opción de quitarse la vida? ¿Por qué, entonces, eso no ocurre?

Alguien podría pensar que detrás de esta visión de la medicina se oculta una perspectiva religiosa. Pero esa hipótesis es insuficiente: entre las enfermeras francesas, por ejemplo, la proporción de aquellas que se opone a la eutanasia es mayor que la de quienes creen en “Dios como conductor de nuestros destinos”.<sup>58</sup> Una explicación posible es que, de manera mayoritaria, los profesionales de la salud, acostumbrados a tratar con el sufrimiento, intuyen que este no agota la vida y que —más aún— en ocasiones puede ayudar a robustecer su significado. Volvemos sobre este punto en el epílogo.

## 5. Por qué cuidados paliativos

A lo largo de este capítulo hemos intentado mostrar, desde múltiples aristas, qué son y por qué son importantes los cuidados paliativos.

La primera aproximación fue histórica. Como vimos, aun cuando sus antecedentes pueden rastrearse hasta llegar a la Europa Medieval, su versión moderna tiene sus inicios en un amplio movimiento iniciado durante la década de los sesenta, dentro del cual podemos destacar las figuras de Cicely Saunders y Elisabeth Kübler-Ross. Actualmente es una

---

<sup>57</sup> Carrie-Anne Marie Hains y Nicholas J. Hulbert-Williams, «Attitudes toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Study of the Multivariate Effects of Healthcare Training, Patient Characteristics, Religion and Locus of Control», *Journal of Medical Ethics* 39, n° 11 (1 de noviembre de 2013), 713; M K Bendiane et al., «French Hospital Nurses' Opinion about Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A National Phone Survey», *Journal of Medical Ethics* 35, no 4 (1 de abril de 2009): 1422.

<sup>58</sup> La frase entre comillas es una traducción literal de la frase utilizada en la encuesta. Bendiane, M. K., A.-D. Bouhnik, A. Galinier, R. Favre, Y. Obadia, y P. Peretti-Watel. «French Hospital Nurses' Opinion about Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A National Phone Survey». *Journal of Medical Ethics* 35, N°4 (1 de abril de 2009), 239, 242.

## [ La incompatibilidad entre eutanasia y medicina ]

“La eutanasia es considerada un derecho y, erróneamente, a la vez una prestación médica, ya que el obligado a realizarla es un doctor. Sin embargo, la eutanasia no persigue diagnosticar, tratar ni prevenir una enfermedad, sino que es una acción destinada a causar la muerte del paciente para evitar sufrimiento y, por ende, no puede ser considerada un acto médico ni menos exigible a estos profesionales”.

---

*Jaime Godoy et al. «Dignidad de la persona enferma al final de su vida: Reflexión de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile» (Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, julio de 2018). 15.*

disciplina científica, reconocida como especialidad médica y ampliamente extendida, sobre todo en países de altos ingresos.

En segundo lugar, analizamos esta disciplina desde su propia definición, comenzando por indicar que los cuidados paliativos según la OMS son la prevención y alivio del dolor de forma integral. Luego señalamos que la canasta básica de esta clase de servicios debe considerar analgésicos para calmar el dolor físico —especialmente opioides—, la provisión de cuidados básicos —como cambio de pañales, higiene o prevención de escaras— y la entrega de soporte humanitario y afectivo —escucha activa, empatía, etc.—.

En tercer lugar, observamos los cuidados paliativos desde un enfoque de política pública. Así, consignamos el significativo ahorro de recursos que generan los sistemas de cuidados paliativos a las familias y hospitales al evitarles iniciar tratamientos caros e ineficientes.

A pesar de su importancia, solo una minoría de la población accede a estos cuidados: se estima que el 2015 el 80% de la población que experimentó sufrimientos relacionados con la salud pertenecía a países de bajos y medianos ingresos, de los cuales la inmensa mayoría

cuenta con una oferta de cuidados paliativos escasamente desarrollada.<sup>59</sup> Incluso en países económicamente prósperos, como Finlandia o Corea del Sur, aún existe una gran deuda con el manejo y acompañamiento de sus enfermos terminales.

¿Y qué ocurre en Chile? Nuestro país tiene uno de los mejores sistemas de cuidados paliativos del continente, con una gran oferta de equipos hospitalarios públicos provistos por el Estado, un amplio uso de analgésicos y una importante red de organizaciones solidarias y de voluntariado.

Sin embargo, como vimos, queda un largo camino para implementar un sistema que pueda responder a las necesidades de la población chilena, dado que los cuidados paliativos estatales solo están disponibles para los enfermos terminales con cáncer (aun cuando esto debería cambiar en algunos años). Además, las posibilidades de formación en esta disciplina son limitadas, con contadas instituciones impartiendo programas de formación y pocos cupos disponibles. Por último, no hay grandes apoyos económicos para las familias de enfermos en estas condiciones, lo que resulta muchas veces en una situación económica muy difícil.

Todo lo anterior hace pensar que aún no están dadas las condiciones para tener una discusión seria y realista sobre la eutanasia; no mientras que el nivel de acceso de la población chilena a esta clase de cuidados sea tan limitado.

Si bien las perspectivas anteriores —histórica, médica y de política pública— esclarecen qué son los cuidados paliativos y ayudan a tener una perspectiva más amplia acerca de situaciones difíciles en proximidad a la muerte, ellas no llegan, sin embargo, al fondo de la cuestión. Preocuparnos por la expansión y correcta implementación de estos tratamientos es sin duda una tarea necesaria. No obstante, puede resultar incompleta —incluso contraproducente— si no se cuida lo esencial de su práctica, que es el acompañamiento.

Cicely Saunders, quien dedicó su vida entera al desarrollo de los cuidados paliativos, sintetiza esta actitud en la petición que Jesús hizo a sus discípulos en Getsemaní: “velad conmigo”. Saunders señala que estas palabras inspiraron su gran obra, el St. Christopher Hospice, primer hospicio moderno. Dice Saunders:

El fundamento más importante para el St. Christopher’s Hospice es la esperanza de que mientras velamos, seamos capaces de aprender no solo cómo librar a los pacientes del dolor y la angustia, sino cómo entenderles y nunca abandonarlos, y también cómo estar en silencio,

---

<sup>59</sup> Knaul et al., «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage», 1439.

cómo escucharles y cómo sencillamente estar ahí. En este proceso de aprendizaje, también descubriremos que el trabajo real no es únicamente nuestro.<sup>60</sup>

Esta actitud de verdadero respeto hacia la muerte contrasta fuertemente con la actitud de control que se encuentra en último término detrás de una eutanasia.<sup>61</sup> Dicha actitud de control nace de una dificultad para lidiar con el dolor en sus manifestaciones físicas, psicológicas y espirituales. Por eso, no es de extrañar que exista una cierta tensión (cuando no una franca oposición) entre cuidados paliativos y eutanasia, expresada en diferentes niveles.

A nivel macro, muchas organizaciones internacionales se demarcan tajantemente de la eutanasia. Varias se oponen abiertamente a ella, tales como la American Medical Association, la World Medical Association o la International Association for Hospice and Palliative Care. Muchas más recomiendan no legalizarla sin antes tener un buen sistema de cuidados paliativos implementado, incluyendo organismos internacionales como la OMS y organizaciones no gubernamentales como Human Right Watch.

A nivel institucional existen propuestas como la terapia de la dignidad, que busca explícitamente evitar poner al paciente en el dilema de si pedir o no una eutanasia.

Finalmente, a nivel individual, las personas con mayor formación en cuidados paliativos tienden a estar más en contra de la eutanasia que aquellos con menor formación en esta área. También observamos que la provisión de cuidados paliativos disminuye las solicitudes de eutanasia, pudiendo en ocasiones llevarlas prácticamente a cero. La misma Saunders lo expresaba claramente: "La existencia de una opción legal para proporcionar un atajo hacia la muerte implica concederle ya poco valor a la persona que se está muriendo y al proceso que dicha persona está realizando."<sup>62</sup>

Los cuidados paliativos hablan, entonces, de una actitud de verdadero respeto a la vida y a la muerte, que busca aliviar el dolor de manera integral, considerando tanto su dimensión física como espiritual, a través de analgésicos y de comprensión. Además, el uso de cuidados paliativos permite aceptar que más allá de todo lo que se haga, la muerte siempre será un misterio; que en último término nunca puede ser del

<sup>60</sup> Saunders et al., *Velad conmigo*, 30.

<sup>61</sup> La relación entre eutanasia y control es analizada en profundidad en el capítulo 2.

<sup>62</sup> Saunders et al., *Velad conmigo*, 95.

todo explicada, pero sí acompañada. Por lo demás, esta actitud presupone la convicción de que una muerte aceptada y preparada en compañía de familia y seres queridos permite morir en paz y con sentido de trascendencia.

Aquí se encuentra, a nuestro juicio, la esencia de los cuidados paliativos y la mejor evidencia de que una ley de eutanasia no es un aporte al bien común.



**Conclusión**

**MÁS ALLÁ DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

A lo largo del tercer capítulo mostramos cómo los cuidados paliativos son una respuesta a las dificultades que se esconden detrás del deseo de acabar con la propia vida. Sin embargo, a nuestro juicio, los beneficios de esta disciplina van más allá del alivio brindado a cada paciente y familia, pues tras ella subyace una actitud frente a la vida, el dolor y la muerte que en el mundo en que vivimos se hace cada vez más difícil de desarrollar. Así, quienes trabajan vinculados a este mundo presentan un servicio invaluable para la sociedad, pues no solo son una ayuda para sus pacientes, así como para los familiares y amigos de estos, sino que ofrecen a toda la sociedad un testimonio de humanidad.

Vivimos inmersos en un mundo que ha experimentado un desarrollo técnico jamás antes visto. Esto tiene, sin embargo, una cara negativa que lleva a creer que todo es un recurso disponible, incluso nuestras propias vidas. Caer en este error es relativamente fácil: sabemos que la ciencia y la tecnología continúan desarrollándose vertiginosamente; vivimos en entornos adaptados e intervenidos por nosotros mismos, y tenemos además cada vez más opciones de consumo y libertades políticas.

Todas estas oportunidades para decidir qué queremos ser —impensadas hace solo algunos años—, si no tienen un marco ético adecuado, nos orientan hacia lo que el Papa Francisco llama “la cultura del descarte”: lo que no sirve se echa a la basura.

Lamentablemente, en ese afán de rodearnos únicamente con lo que nos parece más atractivo, excluimos y rechazamos, quizá sin darnos cuenta, todo lo que no entra en esas categorías: lo viejo, deslucido, lento, etc. Pasa entonces que los marginados, enfermos, migrantes, niños que aún no han nacido, adultos mayores y quienes sufren soledad, desaparecen de nuestro horizonte. ¿Y qué ocurre cuando la vida vuelve a enfrentarnos con la inevitable vejez, el dolor, el fracaso o la pérdida de funcionalidad? Terminan siendo piezas que aparecen sin razón ni sentido dentro del puzzle de nuestras vidas, que estorban, molestan y no sabemos en qué lugar poner:

Como contrapartida a la visión de la llamada cultura del descarte, personas como Cicely Saunders o Elisabeth Kübler-Ross captaron una verdad que por siglos ha sido desarrollada por las más diversas tradiciones filosóficas, éticas y religiosas: la vida tiene un fin hacia el cual tiende y hay un modo de desarrollarse para llegar a él. Ni el fin ni las capacidades para alcanzarlo son elegidos por el ser humano, pero este tiene la libertad para entender el primero y hacer uso de las segundas. El puzzle ya no es entonces un espacio que se ordena de manera antojadiza: tiene forma, disposiciones y características que no se eligen; cada pieza tiene un modo original y particular que le permite encajar dentro del

panorama completo, como una parte indispensable de un todo que no es posible apreciar a cabalidad sino hasta el final.

La concepción de los cuidados paliativos que recogen personas como Saunders y Kübler-Ross está en completa sintonía con la idea de la muerte como parte integrante y fundamental de la vida.

No obstante, la medicina paliativa no es inmune a su tiempo y puede verse desfigurada por quienes buscan dar cabida a ciertas prácticas que nada tienen que ver con su esencia. Es lo que ocurre, por ejemplo, en Estados Unidos, donde la supresión de la alimentación e hidratación son legales. La misma situación ocurre en Holanda, donde la sedación paliativa se aplica regularmente junto con la supresión de estos medios. En otras palabras, los doctores aceleran la muerte de un paciente matándolo de hambre y sed, utilizando los resquicios legales que tiene una práctica médica éticamente adecuada, pero cuyos objetivos son radicalmente distintos. De esta forma, se convierte una práctica legítima en una eutanasia pasiva.

Es fundamental formar a los futuros médicos en la perspectiva de los cuidados paliativos, no como una subárea más de la medicina, sino como parte fundamental de ella. Es necesario educarlos para enfrentar la muerte, para que así ellos nos recuerden que ella es la pieza cúlmine de la vida.

Si bien unos sufren más que otros, no existen personas más dignas que otras. La dignidad ontológica de un ser humano no se mide por un tercero, ni por sus méritos ni por su calidad de vida, sino por su condición de persona. Afirmar lo contrario implica barrer con el fundamento de los derechos humanos o cualquier ley. Una sociedad en donde el concepto de persona se relativiza, es una sociedad destinada a morir.



## BIBLIOGRAFÍA

- 67ª Asamblea Mundial de la Salud, «Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte integral a lo largo de la vida», 24 de mayo de 2014.
- Alphen, Jojanneke E. van, Gé A. Donker y Richard L. Marquet, «Requests for Euthanasia in General Practice before and after Implementation of the Dutch Euthanasia Act», *British Journal of General Practice* 60, N°573 (1 de abril de 2010), 263-67. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483931>.
- Alvarado, Claudio, y Daniel Mansuy, «Sociedad civil y objeción institucional», *El Mercurio*, 7 de diciembre de 2018, sec. Opinión.
- American Medical Association, «Code of Medical Ethics» (American Medical Association, 2016). <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/code-of-medical-ethics-chapter-5.pdf>.
- Bellolio Avaria, Javiera, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile», Tesis para optar al grado de Magister en Bioética (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2017).
- Bendiane, M. K., A.-D. Bouhnik, A. Galinier, R. Favre, Y. Obadia y P. Peretti-Watel, «French Hospital Nurses' Opinion about Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A National Phone Survey», *Journal of Medical Ethics* 35, N°4 (1 de abril de 2009), 238-44. <https://doi.org/10.1136/jme.2008.025296>.
- Benítez, Alejandra, Andrés Hernando y Carolina Velasco, «Encuesta de Presupuestos Familiares y gasto en salud: una primera mirada». *Puntos de Referencia* 484 (julio de 2018), 7.
- Blank, Karen, Julie Robison, Holly Prigerson y Harold I. Schwartz, «Instability of attitudes about euthanasia and physician assisted suicide in depressed older hospitalized patients», *General Hospital Psychiatry* 23, N°6 (1 de noviembre de 2001), 326-32. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00160-8](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00160-8).
- Bozzaro, Claudia, y Jan Schildmann, «"Suffering" in Palliative Sedation: Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice», *Journal of Pain and Symptom Management* 56, N°2 (agosto de 2018), 288-94. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.04.003>.
- Bronstein, Judith. «Servus pauperum Christi: the Hospitallers' Services to Pilgrims in the Latin East, XI-XIII Centuries». *Memoria y Civilización* 16 (diciembre de 2013), 219-36. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=94601538&lang=es&site=ehost-live>.
- Cantera, Jacinto Bátiz, «Cuidados paliativos, y no eutanasia». [www.religionenlibertad.com](http://www.religionenlibertad.com), 24 de abril de 2018. <https://www.religionenlibertad.com/opinion/63932/cuidados-paliativos-eutanasia.html>.
- Capurro, Daniel, Matthias Ganzinger y José E. Pérez-Lu, «Palliative Care from a Medical Informatics Perspective in Chile, Germany, and Peru», *Studies in Health Technology and Informatics* (2013), 1013 <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-289-9-1013>.
- Cardona, Jesús David Vallejo, y Jaime Arbey Atehortúa Sánchez, «El suicidio, una lectura desde la virtud de la justicia en Santo Tomás y Kant», *Quaestiones Disputatae*, 2014, 20.
- Carrasco, María Alejandra, «9. Eutanasia: muerte ¿digna?», en *Problemas contemporáneos de antropología y bioética* (Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad, 2008), 163-90.

- Cámara de Diputados, «Aprueban en general tres proyectos relativos a eutanasia», Cámara de diputados de Chile, 20 de agosto de 2018. [https://www.camara.cl/prensa/noticias\\_detalle.aspx?prmId=134904](https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=134904).
- Centro de Políticas Públicas UC «Encuesta Nacional Bicentenario Universidad Católica - Adimark ». 2014. <https://encuestabicentenario.uc.cl/wp-content/uploads/2015/12/UC-Adimark-2014.pdf>
- Chambaere, Kenneth, Robert Vander Stichele, Freddy Mortier, Joachim Cohen y Luc Deliens, «Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium», *New England Journal of Medicine* 372, N°12 (19 de marzo de 2015), 1179-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1414527>.
- Chochinov, Harvey Max, Linda J. Kristjanson, Thomas F. Hack, Thomas Hassard, Susan McClement y Mike Harlos, «Burden to Others and the Terminally Ill», *Journal of Pain and Symptom Management* 34, N°5 (noviembre de 2007), 463-71. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.12.012>.
- Chochinov, Harvey Max, Linda J. Kristjanson, William Breitbart, Susan McClement, Thomas F. Hack, Tom Hassard y Mike Harlos, «Effect of Dignity Therapy on Distress and End-of-Life Experience in Terminally Ill Patients: A Randomised Controlled Trial», *The Lancet. Oncology* 12, N°8 (agosto de 2011), 753-62. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X).
- Christman, John, y Joel Anderson, «Introduction», en *Autonomy and the Challenges to Liberalism: New Essays* (Nueva York: Cambridge University Press, 2005), 1-23.
- Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, «Octavo informe a la Cámara Legislativa años 2016 - 2017», Servicio Público Federal de Salud Pública, Seguridad de la Cadena de Alimentos y el Medio Ambiente, 17 de julio de 2018.
- Comisión Nacional de Control y de Evaluación de la ley del 16 marzo 2009 sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio. «Cuarto informe dirigido a la Cámara de Diputados (Años 2015 y 2016)». Ministerio de Salud, Junio de 2017.
- Congregación para la Doctrina de la Fe, «Declaración "lura et Bona" sobre la eutanasia» (San Bernardo: Ediciones Obispado de San Bernardo, 5 de mayo de 1980). [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html).
- Connor, Stephen R., María Cecilia Sepúlveda Bermedo, Worldwide Palliative Care Alliance y World Health Organization, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life (2014 )*. [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
- Corte Europea de Derechos Humanos, «Caso de Gross vs. Switzerland (Demanda No. 67810/10)», 14 de mayo de 2013.
- . «Caso de Haas v. Switzerland (Demanda no. 31322/07)», 20 de enero de 2011.
- . «Caso de Pretty v. The United Kingdom (Demanda no. 2346/02)», 29 de abril de 2002.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. «Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala: Sentencia de 19 de noviembre 1999 (Fondo)», 19 de noviembre de 1999.
- Covarrubias, Francisco José, y Álvaro Fischer, «La Eutanasia Como Un Derecho Indi-

vidual», *El Mercurio*, 4 de octubre de 2014, sec. Opinión. <http://www.elmercurio.com/blogs/2014/10/04/25756/La-eutanasia-como-un-derecho-individual.aspx>.

- De Lima, Liliana, Roger Woodruff, Katherine Pettus, Julia Downing, Rosa Buitrago, Esther Munyoro, Chitra Venkateswaran, Sushma Bhatnagar y Lukas Radbruch, «International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *Journal of Palliative Medicine* 20, N°1 (enero de 2017), 8-14. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>.

- Dignity in Care, «Dignity Research», Dignity in Care (blog), 2016. [/en/dignity-research.html](http://en.dignity-research.html).

- Dose, Ann M., Pamela J. McCabe, Catherine A. Krecke y Jeff A. Sloan, «Outcomes of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients With Advanced Cancer Undergoing Chemotherapy», *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 20, N°4 (agosto de 2018), 400-406. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000461>.

- Dowbiggin, Ian, *A Concise History of Euthanasia. Life, Death, God, and Medicine* (Lanham, Md: Rowman & Littlefield, 2007).

- Dowbiggin, Ian Robert, *A merciful end: the Euthanasia movement in modern America* (Oxford y Nueva York: Oxford University Press, 2003).

- Echeverría, José Rafael, «El suicidio en la ética de Kant». *Diálogos* 81 (2003), 161-84.

- Emanuel, Ezekiel J., Diane L. Fairclough y Linda L. Emanuel, «Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers», *JAMA* 284, N°19 (15 de noviembre de 2000), 2460-68. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>.

- Emanuel, Ezekiel J., Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, John W. Urwin y Joachim Cohen, «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe». *JAMA* 316, N°1 (5 de julio de 2016), 79. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>.

Equipo Emol Tendencias, «Hombre chino despertó tras 12 años en coma y su madre lo cuidó sagradamente: "Nunca voy a renunciar a él"», 13 de noviembre de 2018. <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2018/11/13/927212/Hombre-chino-desperto-tras-12-anos-en-coma-y-su-madre-lo-cuido-sagradamente-Nunca-voy-a-renunciar-a-el.html>.

- Fainé, Alejandro, «La compasión es la emoción que está detrás de admitir la eutanasia», *La Segunda*. 2 de marzo de 2018, sec. Política.

- Figueiredo, Mons. Fernando A., «Los Padres de la Iglesia y la defensa de la vida humana», 10 de mayo de 1996. <http://www.clerus.org/clerus/dati/2000-04/27-7/Padresmana.html>.

- Fishbain, David A., John E. Lewis y Jinrun Gao. «The Pain—Suffering Association, A Review». *Pain Medicine* 16, N°6 (1 de junio de 2015), 1057-72. <https://doi.org/10.1111/pme.12686>.

- Ganzini, Linda, Elizabeth R. Goy, Steven K. Dobscha y van der Lee. «Prevalence of Depression and Anxiety in Patients Requesting Physicians' Aid in Dying: Cross Sectional Survey», *BMJ: British Medical Journal* 337, N°7676 (2008), 973-75.

- García Salvador, Isidro, «Eutanasia y Suicidio Asistido: Posicionamiento de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL)», AECPAL, 9 de noviembre de 2016.

- Godoy, Jaime, Carolina Jaña, Jorge Martínez, Pedro Pérez, Iván Pérez, Paulina Ramos, Alfredo Rodríguez, Paulina Taboada, Aintzane Gallestegui y Paula Medeiros, «Dignidad de la persona enferma al final de su vida: Reflexión de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile», Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, julio de 2018.

- Gómez-Lobo, Alfonso, y John Keown, *Bioética y Los Bienes Humanos* (Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica, 2018).

- González, Ricardo, «Estudio Nacional de Opinión Pública N° 79», Santiago de Chile, 2 de junio de 2017.

- Gwyther, Liz, Neil Malan y Sarah Fakroodeen, «WHPCA Position Paper on Euthanasia and Assisted Dying», *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*, mayo de 2012.

- Hains, Carrie-Anne Marie, y Nicholas J. Hulbert-Williams, «Attitudes toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Study of the Multivariate Effects of Healthcare Training, Patient Characteristics, Religion and Locus of Control», *Journal of Medical Ethics* 39, Nº 11 (1 de noviembre de 2013), 713-16. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100729>.
- Hendin, Herbert, «Suicidio, Suicidio Asistido y Eutanasia. Lecciones de la experiencia holandesa», *Bioética Web* (blog), 26 de febrero de 2009. <https://www.bioeticaweb.com/suicidio-suicidio-asistido-y-eutanasia-lecciones-de-la-experiencia-holandesa/>.
- ———, «The Case Against Physician-Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care», *Psychiatric Times* 21, Nº 2 (2004), 1,6,8-10.
- Hudson, Peter L., Linda J. Kristjanson, Michael Ashby, Brian Kelly, Penelope Schofield, Rosalie Hudson, Sanchia Aranda, Margaret O'Connor y Annette Street, «Desire for Hastened Death in Patients with Advanced Disease and the Evidence Base of Clinical Guidelines: A Systematic Review», *Palliative Medicine* 20, Nº 7 (2006) 693-701. <http://doi.org/10.1177/02692163060071799>.
- Human Rights Watch, «“Por favor, no nos hagan sufrir más...”: El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano», 3 de marzo de 2009. <https://www.hrw.org/es/report/2009/03/03/por-favor-no-nos-hagan-sufrir-mas/el-acceso-al-tratamiento-del-dolor-como-derecho>.
- Jansen-van der Weide, Marijke C., Bregje D. Onwuteaka-Philipsen y Gerrit van der Wal, «Granted, Undecided, Withdrawn, and Refused Requests for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *Archives of Internal Medicine* 165, Nº 15 (8 de agosto de 2005), 1698-1704. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.15.1698>.
- Janssens, M. J. P. A., y Zbigniew Zyllic, «5 Options in Palliative Care: Dealing with Those Who Want to Die», *Baillière's Clinical Anaesthesiology* 12, Nº 1 (1 de marzo de 1998), 121-31. [https://doi.org/10.1016/S0950-3501\(98\)80010-X](https://doi.org/10.1016/S0950-3501(98)80010-X).
- Kawabata, Kei, Ke Xu y Guy Carrin, «Preventing Impoverished through Protection against Catastrophic Health Expenditure», World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*; Geneva 80, Nº 8 (2002), 612.
- Knaut, Felicia Marie, Paul E Farmer, Eric L Krakauer, Liliana De Lima, Afsan Bhadelia, Xiaoxiao Jiang Kwete, Héctor Arreola-Ornelas, et al. «Alleviating the Access Abyss in Palliative Care and Pain Relief—an Imperative of Universal Health Coverage: The Lancet Commission Report», *The Lancet* 391, Nº 10128 (abril de 2018), 1391-1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
- Kübler-Ross, Elisabeth, *La rueda de la vida* (Madrid: Suma de Letras, 2002).
- Lee, Marije L. van der, Johanna G. van der Bom, Nikkie B. Swarte, A. Peter M. Heintz, Alexander de Graeff y Jan van den Bout, «Euthanasia and Depression: A Prospective Cohort Study Among Terminally Ill Cancer Patients», *Journal of Clinical Oncology* 23, Nº 27 (20 de septiembre de 2005), 6607-12. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.14.308>.
- Levene, Ilana, y Michael Parker, «Prevalence of Depression in Granted and Refused Requests for Euthanasia and Assisted Suicide: A Systematic Review», *Journal of Medical Ethics* 37, Nº 4 (1 de abril de 2011), 205-11. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.039057>.
- Lewy, Guenter, *Assisted Death in Europe and America Four Regimes and Their Lessons* (Nueva York y Oxford: Oxford University Press, 2011). <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199746415.001.0001>.
- Lien Foundation, y Economist Intelligence Unit, «The quality of death Ranking end-of-life care across the worlds» (Londres, Nueva York y Hong Kong: The Economist Intelligence Unit, 2010).
- Lutz, Stephen. «The History of Hospice and Palliative Care», *Current Problems in Cancer* 35, Nº 6 (noviembre de 2011), 304-9. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2011.10.004>.
- Magelssen, Morten, Magne Supphellen, Per Nortvedt y Lars Johan Materstvedt, «Attitudes

towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment». *BMC Medical Ethics* 17, N°1 (27 de abril de 2016), 24. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0107-3>.

- Marcoux, Isabelle, Brian L. Mishara y Claire Durand, «Confusion Between Euthanasia and Other End-of-Life Decisions: Influences on Public Opinion Poll Results», *Canadian Journal of Public Health; Ottawa* 98, N°3 (2007), 235-39.
- Marcoux, Isabelle, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Marijke C. Jansen-Van Der Weide y Gerrit Van Der Wal, «Withdrawing an Explicit Request for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide: A Retrospective Study on the Influence of Mental Health Status and Other Patient Characteristics», *Psychological Medicine* 35, N°9 (septiembre de 2005), 1265-74. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005465>.
- May, Peter; Charles Normand y R. Sean Morrison, «Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research», *Journal of Palliative Medicine* 17, N°9 (septiembre de 2014), 1054-63. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0594>.
- Mortier, Tom. *L'euthanasie légale a changé la Belgique*, 2013. [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=26&v=TwCLxV9L6v0](https://www.youtube.com/watch?time_continue=26&v=TwCLxV9L6v0).
- Onwuteaka-Philipsen, Bregje D., Arianne Brinkman-Stoppelenburg, Corine Penning, Gwen J.F. de Jong-Krul, Johannes J.M. van Delden y Agnes van der Heide, «Trends in End-of-Life Practices before and after the Enactment of the Euthanasia Law in the Netherlands from 1990 to 2010: A Repeated Cross-Sectional Survey», *The Lancet* 380, N°9845 (septiembre de 2012), 908-15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61034-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-4).
- Ossandón, María Magdalena, «El derecho a rechazar tratamientos médicos ¿Un reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida?», *Derecho Público Iberoamericano* 2 (abril de 2013), 153-204.
- Pacheco, Jaime, Paul J. Hershberger, Ronald J. Markert y Geetika Kumar, «A Longitudinal Study of Attitudes toward Physician-Assisted Suicide and Euthanasia among Patients with Noncurable Malignancy», *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 20, N°2 (1 de marzo de 2003), 99-104. <https://doi.org/10.1177/104990910302000207>.
- Asamblea Parlamentaria, «Resolución 1859. Versión final. Protegiendo los Derechos Humanos y la dignidad tomando en consideración las voluntades anticipadas de los pacientes», Consejo de Europa, 25 de enero de 2012. [Traducción propia]
- Pastrana, T., L. De Lima, R. Wenk, J. Eisenclas, C. Monti, J. Rocafort y C. Centeno, «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile», IAPH Press, 2012.
- Pastrana, Tania, Isabel Torres-Vigil y Liliana De Lima, «Palliative Care Development in Latin America: An Analysis Using Macro Indicators», *Palliative Medicine* 28, N°10 (1 de diciembre de 2014), 1231-38. <https://doi.org/10.1177/0269216314538893>.
- Pérez Pérez, F. M. «Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida», *Medicina de Familia. SEMERGEN* 42, N°8 (1 de noviembre de 2016), 566-74. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.11.006>.
- Pérez-Cruz, Pedro E., Alfredo Rodríguez-Núñez, Nervi Oddole Flavio y Mhoira Leng, «Challenges in Palliative Care Postgraduate Education in Latin America – Time for Collaboration», *Palliative Medicine and Hospice Care – Open Journal* 2, N°1 (21 de junio de 2016), 14-16. <https://doi.org/10.17140/PMHCOJ-2-112>.
- Parreiras Reis de Castro, Mariana, Guilherme Cafure Antunes, Livia Maria Pacelli Marcon, Lucas Silva Andrade, Sarah Rückl y Vera Lúcia Ângelo Andrade, «Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática», *Revista Bioética* 24, N°2 (agosto de 2016), 355-67. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242136>.
- Regional Euthanasia Review Committee, «Annual Report 2017», abril de 2018.
- Robinson, Vicky, y Helen Scott, «Why Assisted Suicide Must Remain Illegal in the UK»,



- Nursing Standard* (through 2013) 26, N°18 (2012), 40-48.
- Rodríguez-Prat, Andrea, Cristina Monforte-Royo, Josep Porta-Sales, Xavier Escribano, y Albert Balaguer, «Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography», *PLoS ONE* 11, N°3 (24 de marzo de 2016), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151435>.
  - Rosenfeld, Barry, Hayley Pessin, Allison Marziliano, Colleen Jacobson, Brooke Sorger, Jennifer Abbey, Megan Olden, Robert Brescia y William Breitbart, «Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients?», *Social Science & Medicine* 111 (1 de junio de 2014), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.027>.
  - Saunders, Cicely M., Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis de Catalunya i Balears y Obra Social. *Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos* (Madrid: SECPAL, Sociedad española de Cuidados Paliativos : Obra Social La Caixa, 2011).
  - Serani, Alejandro, y Mauricio Besio, «Cosmovisión, medicina, muerte y eutanasia» en *Sabiduría, naturaleza y enfermedad: Una comprensión filosófica de las profesiones de la salud* (Santiago: Ediciones Universidad Católica, 2014), 85-102.
  - Sociedad Española de Cuidados Paliativos, «Comunicado. Sobre la Proposición de Ley para la despenalización de la eutanasia», 15 de mayo de 2018.
  - Steck, Nicole, Matthias Egger, Maud Maessen, Thomas Reisch y Marcel Zwahlen, «Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States: Systematic Literature Review», *Medical Care* 51, N°10 (octubre de 2013), 938-44. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a0f427>.
  - Stolberg, Michael, Logan Kennedy y Leonhard Unglaub. *A History of Palliative Care, 1500-1970: Concepts, Practices, and Ethical Challenges* (Cham: Springer, 2017).
  - The Economist, «Attitudes towards assisted dying», 27 de julio de 2015. <https://www.economist.com/briefing/2015/06/27/attitudes-towards-assisted-dying>.
  - The European Association for Palliative Care, International Association for Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance, Human Rights Watch y Union for International Cancer Control, «The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and recognize palliative care as a human right», 2013.
  - Ugarte, José Joaquín. «Capítulo VI. La Eutanasia», en *El derecho de la vida: El derecho a la vida. Bioética y derecho* (Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 2006), 203-24.  
———. *Curso de filosofía del derecho*. Tomo 1. Vol. 1 (Santiago: Edición Universidad Católica, 2010).
  - Valenzuela, Eduardo, «Paternidad: don y autonomía», *Humanitas* 16 (1999), 625-37.
  - Villamor, Javier, «El mapa de la eutanasia en Occidente: 29 países la prohíben y 9 la permiten», *Actual* (blog), 8 de febrero de 2018. <https://www.actual.com/vida/el-mapa-de-la-eutanasia-en-occidente-29-paises-la-prohiben-y-9-la-permiten/>.
  - Vivanco Martínez, Ángela, *Disposición sobre la vida humana y principios constitucionales: análisis del caso chileno* (Santiago: Ediciones Universidad Santo Tomás, 2014).
  - World Health Organization, «Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates», 2017.  
———. «WHO Definition of Palliative Care», World Health Organization, 2018. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
  - World Medical Association, «WMA Resolution on Euthanasia», World Medical Association, septiembre de 2017.
  - Zimmermann, Camilla, Nadia Swami, Monika Krzyzanowska, Breffni Hannon, Natasha Leighl, Amit Oza, Malcolm Moore, et al., «Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Cluster-Randomised Controlled Trial», *The Lancet* 383, N°9930 (mayo de 2014), 1721-30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62416-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2).

