

**Proyecto de Eutanasia**  
**(Boletines N°s. 7.736-11, 9,644-11, 11.577-11, y 11.745-11, refundidos)**  
**Exposición Ignacio Suazo**

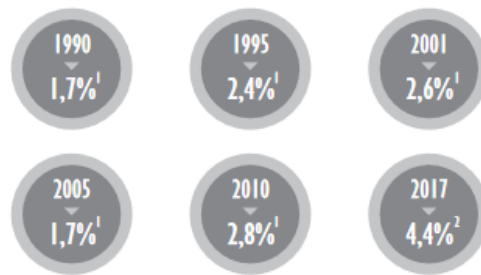
Señor presidente:

1. Mi nombre es Ignacio Suazo, soy sociólogo de profesión y me desempeño como investigador en la Corporación Comunidad y Justicia, desde donde escribí el libro “Un atajo hacia la muerte”, texto que pueden encontrar [en la página web de nuestra organización](#). Por su intermedio me dirijo a esta honorable comisión en primer lugar para agradecer la oportunidad de contribuir a este debate, tan central en la consecución del bien común.
2. En estos 10 minutos buscaré exponer, de forma sintética, dos ideas centrales de este texto que creo que se desprende de la literatura empírica sobre la experiencia de los pocos países que han legalizado esta práctica.

**Primera idea: las personas en general se acostumbran a la eutanasia**

1. Lo vemos en primer lugar en Holanda, cuya experiencia con la eutanasia ha sido profundamente estudiada. Como podemos observar en la gráfica, luego de su completa legalización el 2001, las eutanasias se mantuvieron dentro de los parámetros de los años noventa —incluso, presentando una disminución— para luego tener un constante aumento hasta la fecha. Cabe decir que Holanda experimentó un leve descenso de los casos el 2018 para luego volver a aumentar para el 2019.
2. Este aumento también se observa al mirar el número bruto de eutanasias: el año 2007, por ejemplo, se registraron cerca de 2.200 casos. El año 2018, este número aumentó a 6.126 casos.
3. Se debe tener en cuenta que se trata de la media *nacional*, lo que significa que existen ciudades con hasta 9% del total de muertes. Y este porcentaje aumenta aún más si se circunscribe el análisis a ciertas zonas de estas mismas urbes.
4. A lo anterior se le debe agregar que en los hospitales holandeses mueren unos 24.000 pacientes al año —lo que corresponde al 24% del total de muertes aproximadamente—. Como veremos más adelante, no se puede descartar que en una proporción importante de estos casos existan eutanasias encubiertas, por lo cual la cifra real de eutanasias podría ser aún mayor.

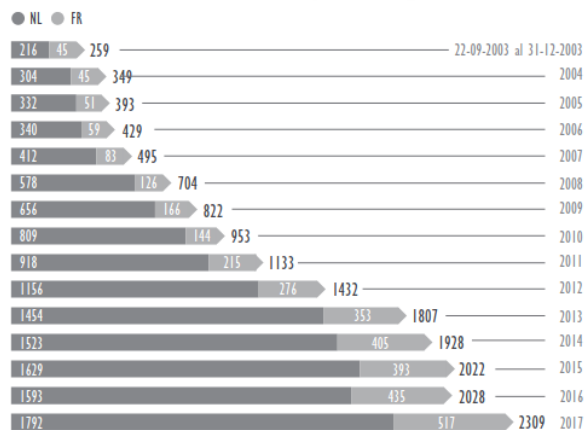
Porcentaje de muertes por Eutanasia y Suicidio Asistido en Holanda: 1990-2017



<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)

- En el caso de Holanda, existen buenos registros y estudios acerca de esta práctica, lo que nos permite hacer un buen diagnóstico de cómo esta ocurre (algo que no pasará en Chile tal como está la ley hasta ahora).
- Veamos el caso de Bélgica. Si bien aquí tenemos el número total de eutanasias, ese aumento también se observa de modo proporcional al total de muertes.<sup>1</sup>

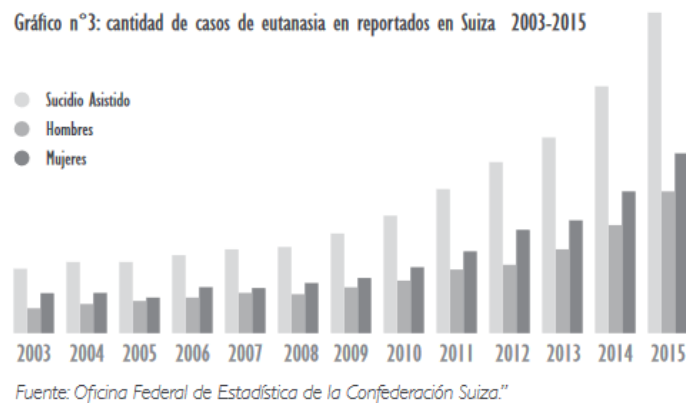
Gráfico n°2: cantidad de casos de eutanasia en reportados en Bélgica 2004-2017



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.

<sup>1</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/>

7. Lo mismo ocurre en Suiza, tanto con la cantidad total de casos, como con el porcentaje de suicidios asistidos en comparación con el total de muertes (recordemos que en Suiza no hay eutanasia legal). El 2013, fueron certificadas 3.173 muertes, de las cuales 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>2</sup>



8. 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 una persona el año 2009, se pasó a nueve el 2016.<sup>3</sup>
9. Por último, también se observa el mismo fenómeno en Óregon: 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 del total de muertes.<sup>4</sup>
10. El acostumbramiento de la población a la eutanasia no sólo se verifica en la progresiva cantidad de personas dispuestas a acabar con sus vidas, sino también en los motivos por los cuales se recurre a ella. Durante los primeros años luego de su legalización en Holanda, la inmensa mayoría de las eutanasias eran solicitadas por personas con cáncer en sus últimas etapas (95%). El 2018, ese porcentaje bajó al 65%. Como atestigua Theo Boer, especialista en ética que trabajó por años en comisiones revisoras de casos de eutanasia, actualmente también se practican eutanasias por demencia,

<sup>2</sup> Emanuel et al., «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», 86.

<sup>3</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>4</sup> Emanuel et al., «Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe», 86.

acumulación de enfermedades propias de la edad, tinitus, ceguera, autismo, etc. Se trata, en suma, de dolencias que en ningún caso implican una muerte inminente y podrían conllevar hasta décadas de vida.<sup>5</sup>

11. No está demás decir que este “aumento” no se debe a que las personas con perfil suicida encuentren una forma legal de acabar con su vida, como algunas personas han insinuado. De hecho, entre el 2007 y el 2018 los suicidios aumentaron de 1.353 a 1.918 casos, registrando un incremento del 41,8%.

### **Los médicos en particular también se acostumbran a la eutanasia**

1. Si la eutanasia aumenta tan fuertemente con el paso de los años, no es sólo debido a un acostumbramiento progresivo de su población, sino también al de los propios médicos.
2. 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 esta misma 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. Dijo Hendin:

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>6</sup>

3. Esta explicación aplica perfectamente al caso de Holanda: el año 1990, el fiscal general Jan Remmelink solicitó una investigación para conocer cómo se desarrollaba la eutanasia en la práctica en este país.<sup>7</sup> El informe, publicado

---

<sup>5</sup> Comunicación personal con Theo A. Boer. 18 de Julio, 2019.

<sup>6</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-eutana-sia-lecciones-de-la-experiencia-holandesa/>.

<sup>7</sup> El estudio se basó 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. Al participar en el informe, se aseguraba

en 1991, da cuenta—entre otras cosas—que 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. Esta masiva disposición a aplicar eutanasias sin considerar la voluntad del paciente se tradujo en grandes cantidades de eutanasias no-voluntarias e incluso contra-voluntarias, que algunos autores cifran en miles durante la década de los noventa. De paso sea dicho, la alta disposición a practicar eutanasias en condiciones tan cuestionables explica explica por qué solo el 50% de los casos fueron registrados, como estiman algunos expertos.<sup>8</sup>

4. 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>9</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>10</sup> En otras palabras, la legalización apaleó —al menos, momentáneamente— la cifra negra de eutanasias, pero jamás logró extirparla.
5. Cabe destacar que Bélgica padece el mismo problema de registro que su país vecino: según algunas estimaciones, hasta un 50% de las eutanasias no son registradas. Esto evidentemente significa que los números serían bastante más altos que lo indicado arriba.<sup>11</sup>

---

la inmunidad a los entrevistados. Dicho de otra forma, la investigación aseguraba la confidencialidad de las declaraciones aun cuando estas tuvieran consecuencias penales. Lewy, Guenter. «2. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands», 20.

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

<sup>9</sup> Bellolio Avaria, «La Despenalización de la Eutanasia: la Experiencia Neerlandesa y sus Lecciones para Chile», 67

<sup>10</sup> Lewy, 44.

<sup>11</sup> Cohen-Almagor, Raphael. «First Do No Harm: Pressing Concerns Regarding Euthanasia in Belgium». *International Journal of Law and Psychiatry* 36, n.º 5-6 (septiembre de 2013): 515-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.014>.

**Table 2.5 Percentage of Physicians Ending Life Without a Patient's Explicit Request**

	1990	1995	2001
Performed it ever	27%	23%	13%
Performed it in previous 24 months	10	11	5
Never performed it but would be willing do so under certain conditions	32	32	16
Would never perform it	41	45	71

Source: Onwuteaka-Philipsen, et al. "Euthanasia and Other End-of-Life Decisions in the Netherlands," p. 397.

6. El acostumbramiento de parte de los médicos se observa en otras conductas. En Oregon, por ejemplo, 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, desde hace ya muchos años se ha producido una dramática y progresiva disminución de estas consejerías con el paso del tiempo: 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.
7. Esto se condice con varios estudios cualitativos han constatado cómo profesionales de la salud en este Estado no creen que la depresión influya en el deseo de acelerar la muerte de sus pacientes.<sup>12</sup>
8. No está demás recordar lo peligrosa que puede ser tal creencia: se estima que entre el 8% y el 45% de los pacientes que solicitan la eutanasia reportan tener una depresión severa.<sup>13</sup> En Holanda, entre 1995 y 1996, el 31% del total de casos rechazados correspondieron a pacientes con depresión o con otras enfermedades psiquiátricas.
9. En Suiza, otro estudio que analizó una muestra de 166 personas que terminaron sus vidas mediante un suicidio asistido, acompañadas por una ONG dedicada a este tema, encontrado 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>12</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>13</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.

10. Tal desprolijidad ante una realidad tan dramática sólo puede explicarse por la normalización de esta práctica por parte de quienes la ejecutan. Y cabe preguntarse si hay algún protocolo legal que aguante la negligencia del equipo encargado de hacerlo cumplir.

## Conclusión

1. En esta presentación he intentado dar cuenta de buena evidencia empírica derivada de la experiencia comparada, para mostrar las consecuencias negativas que trae la eutanasia. Algunos de ustedes están a favor de esta práctica o quizá se encuentran en reflexión. Señor presidente, probablemente todos estamos de acuerdo en que se trata de una decisión terrible que ojalá nadie decida tomar. Sin embargo, como hemos mostrado aquí, la experiencia de Holanda, Suiza, Bélgica, Luxemburgo y EE.UU. apuntan a lo contrario: a una decisión que se vuelve progresivamente más común para la población y que los médicos normalizan con cada vez mayor frecuencia. Y frente a la naturalización de esta práctica –prueba de que la ley sí cumple una función educativa y modeladora– no es de extrañar que los controles institucionales, en el largo plazo, fallen también.
2. Señor presidente, soy un convencido que la evidencia empírica no tiene la última palabra en un debate como este. La pregunta que se encuentra en el fondo de la pregunta por la licitud de la eutanasia es y será siempre si la vida es o no indisponible, algo que yo sí creo. Pero ella sí nos permite dimensionar, como ya dije, las consecuencias de nuestras políticas públicas y leyes, ayudándonos así a dar nuevas luces a la realidad. Por eso debemos conocerla, estudiarla con detenimiento y tenerla en cuenta.
3. Señor presidente, por su intermedio pido a esta honorable comisión que tenga en cuenta, entonces, el complejo camino que están abriendo con la eutanasia y el difícil entramado institucional de protocolos, causales y restricciones que deberán articular. Yo, en lo personal, he terminado de convencerme que cuando se vulnera la dignidad humana de forma tan brutal, no hay sistema que lo aguante.

Muchas gracias.