

Eutanasia activa, una mirada a la situación internacional

Víctor Hugo Carrasco M., Francisca Crispi G.

Sección de Geriátría, Depto. Medicina, HCUCH.

SUMMARY *International situation on euthanasia varies among countries. Even though in most of the countries worldwide active euthanasia is forbidden by law, to the date four countries (The Netherlands, Belgium, Luxembourg and Colombia) have approved and regulated by law active euthanasia (defined as “physician’s intentionally administering a treatment -usually medication- to cause the patient’s death, with the patient’s full, informed consent”). For a country like Chile, in which all types of euthanasia are forbidden by law, it is important to look forward to the international situation, in order to enrich public policy debate, based on the international empirical experience.*

INTRODUCCIÓN

Con una sociedad que está en creciente envejecimiento, los dilemas del final de la vida se vuelven cada vez más usuales en la práctica médica. A pesar de esto, la terminología sobre eutanasia se mantiene en discusión y es confusa para los clínicos⁽¹⁾.

Tradicionalmente la eutanasia activa se ha definido como el acto médico de terminar intencionalmente con la vida de un paciente en fase terminal, bajo la voluntad del mismo paciente⁽²⁾, debido a que el sufrimiento se hace insostenible para él mismo⁽³⁾.

En nuestro país todo tipo de eutanasia está vetada desde el 2012 por la ley N°20.584 de Deberes y Derechos del Paciente, la cual en el artículo 14

expresa “*En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.*”

Luego en el artículo 16, se refuerza la negación, expresando “*La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.*”

La situación internacional difiere de nuestra situación restrictiva en esta temática. Múltiples países en el mundo han legislado regulando la eutanasia

pasiva. Con respecto a la eutanasia activa, al 2015 eran 3 los países (Holanda, Bélgica, Luxemburgo) que permitían eutanasia activa⁽⁴⁾, sumándose Colombia como un cuarto país. Por otro lado, 5 estados de Estados Unidos, Suiza y Holanda permiten el suicidio asistido.

Cabe destacar el caso del territorio norte de Australia, primera localidad a nivel mundial que legalizó la eutanasia activa en el año 1995, aceptándose como un derecho del enfermo terminal. Sin embargo, 2 años más tarde, la Asamblea Nacional de Australia revocó la ley y hasta el día de hoy se mantiene como ilegal la eutanasia activa y el suicidio asistido⁽⁵⁾.

A continuación, se presenta la situación en torno a la eutanasia activa en los 4 países descritos, ya que consideramos es importante poder evaluar críticamente los resultados que han tenido estos países en el proceso de incorporación de la eutanasia activa en sus prácticas, en función de enriquecer el debate nacional con argumentos sólidos basados en evidencia, avanzando en legislaciones que respeten la muerte digna.

SITUACIÓN INTERNACIONAL

A continuación, se profundizará en la situación de los países descritos que han legalizado la eutanasia activa:

Holanda

Holanda ha sido un país pionero en lo que a legislación sobre eutanasia refiere. Desde 1980 se abrió el debate entre el sistema judicial y la asociación médica (Royal Dutch Medical Association) para desarrollar guías clínicas y procedimientos para controlar la eutanasia⁽⁶⁾. En el año 2001 se legisla sobre el término de la vida y suicidio asistido, reglamentando las prácticas que habían existido en Holanda por casi 3 décadas⁽⁷⁾. Las encuestas de opinión registraron más de un 90% de aprobación a la medida⁽⁷⁾.

Con respecto a la regulación, generaron 5 comités regionales de revisión de los casos de eutanasia, los cuales tienen 3 miembros (1 médico, 1 abogado, 1 experto en ética), electos en base a su conocimientos en torno a la materia cada 6 años⁽⁸⁾.

En la reglamentación, y en los protocolos posteriores, se constata lo planteado en la Tabla 1.

Tabla 1. Consideraciones sobre la eutanasia en Holanda^(6,9)

<ul style="list-style-type: none">• La eutanasia debe realizarse por un médico.• El médico debe consultar a un segundo médico independiente apoyo para verificar que el paciente cumple con los requerimientos.• Requiere de una solicitud voluntaria, largamente considerada, informada, consistente en el tiempo. De preferencia escrita o documentada de otra manera.• Contempla eutanasia y suicidio asistido.• Requiere del sufrimiento inaguantable de la persona que lo solicita sin posibilidades de superación de esa situación.• Es aplicable a menores de edad (12 a 17 años) con el consentimiento de sus padres.• Se puede aplicar a recién nacidos bajo circunstancia específicas.• Las personas con deterioro cognitivo pueden acceder a eutanasia, siempre y cuando hayan dejado una directriz anticipada previa.• Debe ser llevada a cabo por un profesional responsable del paciente, que se mantenga en contacto y disponible para éste hasta que fallezca.• El profesional debe idealmente tener una relación terapéutica establecida con el paciente.• El médico debe dejar por escrito que el paciente rechazó todas las alternativas sobre cuidados.• El médico debe reportar la muerte al comité sobre eutanasia.
--

Cabe destacar con respecto a las condiciones descritas en la Tabla 1, que en un 70% de los casos de eutanasia en Holanda, fue un médico de familia el que la practicó. Esto supone una diferencia cultural con nuestro país, ya que la mayoría de las personas en Holanda tienen un médico de familia con relación de larga data⁽⁶⁾. También debemos destacar que, aunque tradicionalmente la eutanasia ha sido considerada como un acto médico, las enfermeras han demostrado tener un rol crucial en el acompañamiento y apoyo del paciente en el proceso⁽¹⁰⁾.

Con respecto al apoyo de un médico distinto al tratante en la decisión, la asociación médica holandesa ha conformado una red de médicos asesores independientes para este propósito⁽⁹⁾.

En relación al Comité Federal de Eutanasia, estos se han interesado principalmente en que el paciente haya tenido realmente sufrimiento insostenible y en que el procedimiento se cumpla según la norma⁽¹¹⁾.

En el año 2010, un 2.8% de las muertes en Holanda fueron resultado de eutanasia, con variación escasa en la cifra desde el año 1995. Alrededor de un 80% de los casos reportados fueron presentados al Comité Federal previo a la aprobación de la solicitud de eutanasia⁽¹²⁾.

Es interesante destacar que hay sujetos que aun

negándose la posibilidad de eutanasia, decidieron cesar la alimentación y provocar su propia muerte. Esto correspondió a un 0.2% de las muertes⁽¹³⁾.

Bélgica

En el año 2002 en Bélgica se legisla y se aprueba el acto de practicar eutanasia, luego de 10 años de iniciado el proceso legislativo. El mismo año, el Programa de Cuidados Paliativos fue aprobado, el cual garantiza acceso a cuidados paliativos orientados a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Los programas de cuidados paliativos tienen financiamiento estatal⁽¹⁴⁾.

Con respecto a la regulación de la misma, todos los casos de eutanasia son evaluados a nivel federal por un Comité Nacional de Evaluación de Eutanasia, el cual tiene 16 miembros (8 médicos - 4 de los cuales deben ser profesores-, 4 abogados y 4 expertos del área de cuidados paliativos) y es electo cada 4 años⁽⁸⁾. Es interesante destacar que para la elección del Comité hay criterios de balance para asegurar la representatividad correcta de la sociedad, los cuales son: 1. Al menos 3 miembros de cada género; 2. Paridad en el lenguaje (en Holanda las lenguas son francés y alemán); 3. Representación pluralista⁽⁸⁾.

Las regulaciones que tiene la eutanasia en Bélgica se plantean en la Tabla 2.

Tabla 2. Consideraciones sobre la eutanasia en Bélgica^(6,14-16)

- Procedimiento regulado.
- La solicitud debe ser voluntaria, considerada, repetida y escrita.
- El paciente debe estar en una situación de dolor mental y físico insuperable, resultado de una enfermedad incurable.
- El médico que lleve a cabo el procedimiento debe consultar un colega independiente si los criterios regulados están siendo cumplidos.
- No incluye el suicidio asistido.
- En la mayoría de los casos se realiza por un médico de hospital.
- Desde el 2014, contempla menores de edad con el consentimiento de sus padres. Esto excluye menores de edad con alteraciones de conciencia, discapacidad intelectual, niños pequeños y neonatos.
- La persona puede solicitar el procedimiento a través de una directriz anticipada, realizada de forma escrita en frente de 2 testigos.

Con respecto al reporte de los casos de eutanasia, estudios han mostrado que estos están bajo lo deseable, alcanzando un 50% del total de los casos de eutanasia en algunas localidades⁽¹⁷⁾. También se ha estudiado que solo alrededor de un 70% de ellos consulta a un segundo médico para realizar el procedimiento⁽¹⁸⁾.

Del total de muertes en Bélgica, en el 2007 un 0.49% corresponde a casos reportados de eutanasia. Esta cifra ha aumentado con respecto al 2002 (0.23%). El procedimiento en la mayoría de los casos se realiza con barbitúricos, a veces combinado con relajantes musculares. En la mayoría de los pacientes, se reportó dolor físico (95%) o psicológico inaguantable (68%)⁽¹⁹⁾.

Luxemburgo

En el año 2009 Luxemburgo fue el tercer país de la Unión Europea que legalizó la eutanasia y el suicidio asistido. La legislación contempla el permiso a los médicos para terminar con la vida de un paciente terminal. Son elegibles solamente adultos, que estén bajo sufrimiento físico o psicológico inaguantable debido a su condición terminal.

Difiere de los países planteados anteriormente, en cuanto la solicitud de eutanasia debe ser aprobada tanto por el equipo médico del paciente, como por un médico especialista independiente y una “persona de confianza” de quien eleva la solicitud. También contempla la posibilidad de extender directrices anticipadas. Al 2015, 34 casos han sido registrados, la mayoría de ellos en el hospital⁽⁹⁾.

Colombia

Las discusiones sobre la despenalización de la eutanasia se dieron en Colombia con mayor intensidad en la década de los años noventa. Desde 1997, la Corte había despenalizado el homicidio por piedad; sin embargo, la forma como se debía llevar a

la práctica el procedimiento no contaba con reglamentación^(20,21). Es por esto que la práctica fue limitada en los años subsiguientes. En el año 2006, de la mano con las discusiones sobre el fin de la vida, se implementa en el país un programa de cuidados paliativos siguiendo los lineamientos de la OMS, que incluye mejorar la disponibilidad de opioides, aumentar las competencias de los profesionales de la salud acerca de los cuidados paliativos y proponer una ley de cuidados paliativos⁽²²⁾. Esta ley se aprueba finalmente el año 2014⁽²³⁾. Posteriormente ese mismo año el tema vuelve a la discusión ciudadana por el caso de una paciente (Julia) portadora de cáncer de colon en etapa terminal, que realiza una demanda de inconstitucionalidad a la Corte de Apelaciones, ya que el Servicio de Salud no habría estado respetando su derecho a morir dignamente. La corte falló a favor de la paciente, constatando que de acuerdo a la constitución colombiana, el derecho a morir es un derecho fundamental. Posterior a esto, se fijaron criterios para que el legislador reglamente sobre el tema.

En el año 2015 se aprobó la legislación, contando actualmente el Ministerio de Salud un “Protocolo para la aplicación del procedimiento de muerte anticipada”. Este contempla el adecuado acceso a cuidados paliativos, como un requisito para la solicitud de eutanasia⁽²⁴⁾ (Tabla 3).

CONCLUSIONES

En la presente revisión, hemos evaluado las regulaciones y contextos que tienen los 4 países en el mundo que a la fecha han incorporado la eutanasia activa a su legislación. Podemos ver que en general, existen mecanismos que garanticen su realización de modo tal que cumpla con ciertos principios que permitan que se apegue a lo que prescribe el concepto:

Se exige que ocurra en el contexto de un duradero, insoportable e irreversible sufrimiento causado por

Tabla 3. Protocolo muerte digna Colombia - Julio 2015⁽²⁴⁾

- Definición de eutanasia: “acto o la práctica de matar o permitir la muerte por causas naturales por razones de compasión, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, un sufrimiento intolerable o una muerte indigna”.
- Población: enfermos mayores de 18 años en fase terminal que expresen su consentimiento para la aplicación del procedimiento que garantice su derecho a morir con dignidad o lo hayan expresado previo a la instauración de dicha condición.
- **Proceso de evaluación:**
 - 1) Evaluación del estado cognitivo (*Cognitive Failures Questionnaire, Mini-Mental*)
 - 2) Evaluación de competencias para tomar decisión de tratamiento (comunicación de la elección, comprensión de la información relevante, consentimiento informado, valoración de situación y consecuencias, razonamiento de las opciones) *MacArthur. Competence Assessment Tool for Treatment*.
 - 3) Acompañamiento integral (lista de chequeo sobre el proceso: declaración de pronóstico, identificación como “enfermedad terminal”, opciones ante el diagnóstico, acceso a cuidados paliativos, asesoría permanente. Condiciones de rechazo a cuidados paliativos).
- **Condiciones:**
 - 1) Pronóstico cierto
 - 2) Libertad de elección
 - 3) Evaluación depresión

alguna enfermedad o accidente, que no pueda ser aliviado.

Se establecen vías -anticipadas y contemporáneas- para que impere la voluntad de las personas, garantizando que sea una decisión bien pensada, expresada en forma reiterada y libre de presiones externas.

Debe existir consenso por parte del médico y el paciente respecto de que no hay razonables pronósticos de mejoría de su situación.

Existen mecanismos de control del componente médico de la decisión como, por ejemplo, que el procedimiento sea médica y técnicamente adecuado, en algunos casos que se consulte a otro médico o la notificación de los casos de eutanasia para su estudio actual y/o posterior.

En definitiva, si bien hay diferencias, hay una amplia similitud en los criterios para aplicar eutanasia.

Cabe apuntar que Holanda y Bélgica son los únicos que contemplan su aplicabilidad a menores de edad, quienes deben contar con el consenti-

miento de sus padres para que se pueda llevar a cabo. También estos países exigen que los médicos consulten a un médico independiente del caso sobre el cumplimiento de los criterios de admisibilidad. En respuesta a esto, ambos países han creado equipos de médicos consultores para prestar ese servicio⁽¹⁶⁾.

Hay posiciones disímiles entre los autores respecto del rol que cumple la legislación en la eutanasia en general y en la eutanasia activa en particular. Por ejemplo, autores como Pereira sostienen que no tiene una importancia sustantiva lo establecido en la ley en estos países, puesto que en la práctica lo que termina operando es aquello que está instalado a nivel de la cultura médica -a veces por desconocimiento de la legislación- y el marco valórico de las sociedades e individuos que atraviesan esas situaciones.

Por otro lado, hay posiciones que relevan la existencia de regulaciones en este ámbito, a lo cual adscribimos⁽²⁵⁾. Consideramos que, en vez de naturalizar el desconocimiento y la poca valoración de la legislación referente a eutanasia, debe existir

una discusión social amplia y participativa que origine un marco referencial respecto del cual se eduque a la comunidad médica para su respeto y aplicación. No es correcto que, por un lado, el regirse por las guías clínicas ministeriales para orientar el manejo de las patologías, se entienda como un deber de todo profesional y que por otro lado, se considere admisible ignorar los mecanismos del sistema de salud para resguardar los derechos de las personas que se encuentran en una situación vital excepcional.

Es necesario reconocer que la implementación de las legislaciones existentes en torno a eutanasia activa no es perfecta. No se reporta la totalidad de casos, no se respetan completamente los pro-

cedimientos establecidos, no siempre se consulta a otros médicos ni se da aviso a los comités, entre otras falencias que nos parece importante revisar acuciosamente para que en forma previa a la eventual generación de legislación en nuestro país a este respecto, se contemplen estrategias para minimizar su ocurrencia.

Por último, es importante enfatizar que cualquier legislación en torno a la eutanasia debe encontrarse en el marco de una política de cuidados paliativos integrales, en el que la eutanasia es solo un aspecto entre un conjunto mayor de elementos necesarios para contar con cuidados al final de la vida que resguarden de la mejor forma posible los derechos de las personas⁽⁷⁾.

REFERENCIAS

1. Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart Lung J Crit Care* 2015;44:260–3.
2. De Wachter MM. ACtive euthanasia in the netherlands. *JAMA* 1989;262:3316–9.
3. Manning M. Euthanasia and physician-assisted suicide. 1 edition. New York: Paulist Press, 1998.
4. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol* 2011;18:e38–45.
5. Plattner AL. Australia's Northern territory: the first jurisdiction to legislate voluntary euthanasia, and the first to repeal it. *De Paul J Health Care Law* 1997;1:645.
6. Nys H. Euthanasia in the low countries: a comparative analysis of the law regarding euthanasia in Belgium and the Netherlands. *Ethical Perspect* 2002;(2–3):73–85.
7. Wise J. Netherlands, first country to legalize euthanasia. *Bull World Health Organ* 2001;79:580.
8. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, De Keyser E, Deliens L. The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy Amst Neth* 2009;90:181–7.
9. Dyer O, White C, Rada AG. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ* 2015;351:h4481.
10. Casterlé BD de, Verpoort C, Bal ND, Gastmans C. Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *J Med Ethics* 2006;32:187.
11. Buiting H, Delden J van, Onwuteaka-Philpsen B, Rietjens J, Rurup M, Tol D van *et al.* Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study. *BMC Med Ethics* 2009;10:18.

12. Rietjens JAC, Maas PJ van der, Onwuteaka-Philipsen BD, Delden JJM van, Heide A van der. Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? *J Bioethical Inq* 2009;6:271.
13. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJF, van Delden JJM *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. *Lancet Lond Engl* 2012;380:908–15.
14. Dan B, Fonteyne C, de Cléty SC. Self-requested euthanasia for children in Belgium. *The Lancet* 2014;383:671–2.
15. Adams M, Nys H. Comparative reflections on the Belgian euthanasia act 2002. *Med Law Rev* 2003;11:353–76.
16. Van Wesemael Y, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Bilsen J, Deliëns L. Establishing specialized health services for professional consultation in euthanasia: experiences in the Netherlands and Belgium. *BMC Health Serv Res* 2009;9:220.
17. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Mortier F, Deliëns L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *The BMJ* [Internet] 2010 Oct 5 [cited 2016 Jun 18];341. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/>
18. Cohen J, Wesemael YV, Smets T, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen B, Distelmans W *et al.* Nationwide survey to evaluate the decision-making process in euthanasia requests in Belgium: do specifically trained 2nd physicians improve quality of consultation? *BMC Health Serv Res* 2014;14:307.
19. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Deliëns L. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Med Care* 2010;48:187–92.
20. Ceaser M. Euthanasia in legal limbo in Colombia. *The Lancet* 2008;371:290–1.
21. Scherer JM, Simon RJ. Euthanasia and the right to die: a comparative view. *Rowman & Littlefield*;1999:166.
22. Leon M, Florez S, De Lima L, Ryan K. Integrating palliative care in public health: the Colombian experience following an international pain policy fellowship. *Palliat Med* 2011;25:365–9.
23. Congreso de Colombia. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos. 1733 Sep 8, 2014.
24. Minsalud Colombia. Protocolo para la aplicación del procedimiento de muerte anticipada [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 23]. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Protocolo_Muerte_Digna_Julio_2015.pdf
25. Keon-Cohen Z. Leadership and quality in end of life care in Australia. Australian Centre for Health Research; 2013.

CORRESPONDENCIA

Dr. Víctor Hugo Carrasco Meza
 Sección de Geriatría, Departamento de Medicina
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
 Fono: 2 2978 8546
 E-mail: vcarrasco@hcuch.cl

