

## **CUIDADOS INTEGRALES AL FINAL DE LA VIDA: ¿DERECHOS HUMANOS A RECONOCER?<sup>1</sup>**

**Notas para el intercambio**

**Junio 2022**

**Rosario Aguirre**

Los derechos humanos a los cuidados integrales al final de la vida es un tema complejo, escasamente tratado por las Ciencias Sociales y Humanas, que trata de instalarse en la agenda pública vinculado al creciente aumento de la población de edades avanzadas. En este foro deseo plantear una serie de interrogantes con la intención de avanzar en la construcción colectiva de reflexiones por parte de la comunidad de investigadores, a fin de acompañar el proceso de incorporación de estos derechos en la agenda pública.

No es lo mismo el final de la vida de una persona enferma, ya sea niña, niño, joven o adulta que el final de la vida de una persona mayor que se encuentra en la última etapa de su existencia. Considerar la etapa del curso de vida en que se encuentran las personas contribuye a una mejor comprensión de cómo las personas enfrentan la muerte, cuestión tabú en la mayor parte de las sociedades occidentales actuales.

### **1. El creciente envejecimiento de la población, la prolongación de la vida y los derechos de salida**

**En el contexto del envejecimiento creciente de la población, sobretudo de edades más avanzadas** como lo muestran numerosos estudios demográficos, la cuestión de los derechos de las personas que se encuentran en la última etapa de la vida reviste particular importancia.

En la última etapa de la vida se condensan desigualdades múltiples, prejuicios y discriminaciones de diversa índole, sobre estas cuestiones existen importantes desarrollos conceptuales y evidencias empíricas que se aportan desde distintas disciplinas, tales como la sociología, la psicología, la antropología, la psicogerontología, entre otras. Por su parte, los estudios de género comienzan a realizar significativas contribuciones en este campo. Sin embargo, cuando tratamos los derechos humanos de las personas mayores, la mayor parte de la atención se dedica a los cuidados sociosanitarios y las políticas públicas dirigidas a las personas dependientes, sin abordar

---

<sup>1</sup> Estas notas reúnen anotaciones realizadas para la presentación en el Foro sobre Políticas de cuidado, en la mesa sobre Personas Mayores, en la 9ª Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales, Ciudad de México, 07 al 10 de junio 2022

específicamente los dilemas que plantean el reconocimiento y el ejercicio de derechos para aquellas que transitan la vejez avanzada.

La creciente prolongación de la vida va acompañada para muchas personas de enfermedades crónico-degenerativas para las cuales en el actual momento no hay cura a pesar de los innegables adelantos científicos y de los tratamientos paliativos que no siempre tienen los efectos deseados. Se calcula que la esperanza de vida con buena salud se estanca<sup>2</sup>. Simultáneamente, esta última etapa puede ser vivida en soledad por la muerte de familiares y amigos. La “solución”, no siempre voluntaria, para las personas mayores cuando no pueden vivir de manera autónoma, es vivir en un establecimiento de larga estadía, medicalizado, hasta que se produce su muerte.

¿Las personas adultas podrían en uso de su libertad y autonomía anticipar la llegada de esa etapa y tomar decisiones sobre su final en caso de que al llegar a la ancianidad padezcan tales enfermedades que los conviertan en dependientes?

¿Las personas de edades más avanzadas que experimentan “cansancio vital” al acercarse a los últimos años de su vida podrían solicitar asistencia para adelantar su final?

## **2. ¿Cuáles son los derechos humanos al final de la vida?**

Es un tema de difícil abordaje que se vincula a posiciones filosóficas, religiosas y bioéticas de complejo tratamiento, pero no por ello debemos eludir.

En occidente se han ido construyendo a nivel normativo derechos humanos al final de la vida de las personas enfermas que se encuentran en ciertas situaciones taxativamente determinadas: los cuidados paliativos, la voluntad anticipada o testamento vital y la eutanasia o “buen morir”. No se realizan consideraciones especiales según la etapa del curso de vida en que las personas se encuentran, salvo en el caso de los cuidados paliativos para los cuales no se presentan restricciones de edad.

### **2.1. Derecho a los cuidados paliativos**

El derecho a los cuidados paliativos es el derecho más ampliamente consagrado en la legislación de numerosos países.

La reciente Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores consagra la obligación de *“garantizar a la persona mayor el goce*

---

<sup>2</sup> Ver datos sobre Años perdidos de vida saludable. WHO. World Health Report 2004

*efectivo del derecho a la vida hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de población... estableciendo un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos (OEA; 2015)*

Los cuidados paliativos son definidos por esta Convención en su artículo 2 como: *“La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan”.*

Esta Convención fue ratificada por 8 países, en Uruguay por la Ley Nº 19.430 de 08/09/2016.

No conocemos estudios en nuestro país sobre el acceso a estos cuidados según edades de las personas atendidas. Tampoco conocemos el grado de conocimiento de los enfermos y familiares de esta prestación del sistema de salud. Si se sabe que tienen una cobertura limitada y que Uruguay es uno de los países de la región con más alta cobertura, alrededor del 50%. Los médicos paliativistas, reclaman mayores recursos para mejorar la cobertura y la formación. Existen testimonios de familiares de quienes han podido acceder a esta prestación que la valoran de manera muy positiva.

Se advierte la posibilidad de discriminaciones por edad frente a la escasez de recursos. Para el caso de España un geriatra sostiene que: *“La aplicación de toda suerte de protocolos y guías clínicas tanto diagnósticas como terapéuticas se lleva a cabo de manera tanto más laxa cuanto mayor es la edad de las personas, sobre todo en el caso de las mujeres”* (ver Revista DMD 62/2013).

## **2.2. Derecho a expresar la voluntad anticipada o testamento vital**

Otra norma referida a los derechos al final de la vida consagra el derecho a expresar la voluntad anticipada que con variantes ha sido aprobada en varios países. En Uruguay es ley 18.473 de 2009, reglamentada en 2013, que dice: *“Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos, salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros.*

*Del mismo modo tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimiento médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible. Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aún cuando la persona se encuentre luego en estado de incapacidad legal o natural”.* Es la renuncia a “una supervivencia inútil” como titula una nota sobre el tema la revista DMD (op.cit.).

En Uruguay esta norma no ha sido difundida por los prestadores de salud, a pesar de la obligatoriedad que establece la norma y se estima que son pocas las personas que han ejercido este derecho. Una encuesta encargada por el Sindicato Médico del Uruguay el año pasado constata que sólo un 6% de la población conoce la existencia de este derecho a expresar la voluntad anticipada y un reducido 3% de las personas encuestadas manifiesta haber firmado el documento. Otra encuesta de la misma fuente aplicada a médicos/as revela que un 54 % no conocía la posibilidad de que las personas puedan dejar instrucciones para no recibir tratamientos que prolonguen artificialmente su vida. Sería interesante explorar el trasfondo económico y cultural de esta situación.

Considero que frente al aumento de la esperanza de vida y la consiguiente mayor supervivencia de los mayores el testamento vital o voluntad anticipada es cada vez más importante, dado que *“no todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable”*. En España se ha observado que el número de mujeres que expresan y asumen las decisiones relativas a su muerte en un testamento vital duplica al de hombres (Soler, F. 2022) lo que está indicando su mayor cercanía a experiencias vividas de fin de la vida. Y también la mayor lejanía de los hombres a lo largo de toda la vida de cuestiones vinculadas a los cuidados <sup>3</sup>.

### **2.3. El derecho a decidir sobre el fin de la vida: su construcción como derecho del siglo XXI. La eutanasia y el suicidio asistido**

Este siglo ha avanzado en la consagración de nuevos derechos sacando de la clandestinidad prácticas con siglos de existencia. Tal es el caso de la ayuda a morir a personas desahuciadas y el respeto a la autodeterminación de las personas.

Se está planteando en varios países la necesidad de legislar y de consagrar el derecho a solicitar asistencia médica para un “buen morir”, el significado etimológico de la llamada eutanasia. Si bien, como antes se destacó, se reconocen las evidencias presentadas por enfermos y familiares de la eficacia de los cuidados paliativos, también se constata que en ciertos casos no es posible aliviar sufrimientos insoportables. Se conocen testimonios de personas -que han tenido difusión mediática- que realizan solicitudes desesperadas de pedido de ayuda para morir. La fuerza de estos testimonios vivenciales han sido fundamentales para colocar el tema en la agenda social y política.

La eutanasia se basa en la idea de “buena muerte”. Supone respetar la manera en que la persona espera que sea su final, procurando que se cumpla su voluntad y brindando la asistencia médica correspondiente, estableciendo garantías, tanto para la persona que solicita, como para la que brinda asistencia.

---

<sup>3</sup> Observación realizada por Clara Fassler que enfatiza para este caso las desigualdades entre varones y mujeres en el autocuidados y los cuidados en general.

Su construcción como derecho del siglo XXI, es objeto de intensos debates, similares a los que se han dado en torno al aborto. Los fundamentos básicos que la sustentan como un derecho humano a la salida de la vida son:

- la libertad de decidir como se quiere morir
- la autonomía de la persona para tomar decisiones que no perjudique a terceros, a lo largo de la vida y ante la muerte
- la dignidad ante la muerte, se entiende como tal el respeto de las preferencias y la voluntad para morir de una persona en concordancia con la forma en que vivió y de sus valores, así como cuando morir y en que lugar.

Las preferencias pueden ser variadas: la definición de la escena de su deceso, dónde, con quienes, una preparación para la muerte, el pedido de asistencia para la muerte en determinadas circunstancias establecidas en la ley.

Para algunas personas la pérdida de dignidad al final de la vida puede significar la pérdida de su identidad: siente que llegó al fin de su vida cuando ya no puede seguir. Algunas personas dicen: *“cuando ya no sea yo.”* Lo cual va ligado a su historia y sus valores.

Hay argumentos en pro y en contra que derivan de diferentes enfoques: jurídicos, filosóficos, religiosos, bioéticos. Se plantea una oposición entre quienes sostienen la libertad y la autonomía de las personas y quienes se centran en la sacralidad de la vida de acuerdo al credo religioso dominante (o santidad o inviolabilidad de la vida). Otros argumentos en contra, sobre todo en contextos laicos, recogen el miedo a presiones externas por parte del sistema sanitario, de los familiares, la llamada *“pendiente resbaladiza”*.

El afán por establecer garantías corre el riesgo de medicalizar y burocratizar los procedimientos en exceso, lesionando un derecho que debería ser considerado como un acto íntimo y personal.

La legislación comparada muestra claramente que se trata de un derecho que se construye como tal en el siglo XXI (anexo Legislación comparada).

Se establecen requisitos para garantizar el libre ejercicio de la autonomía de la persona solicitante en ciertas circunstancias y las garantías para los médicos que asisten están presentes en las leyes que consagran este derecho, aunque tienen variantes en torno a los siguientes tópicos:

1. Expresión de voluntad de persona psíquicamente apta de determinada edad
2. Situaciones contempladas: enfermedad terminal, enfermedad grave e irreversible, padecimiento grave, crónico que cause un sufrimiento insoportable a juicio de la

persona. Esto último hace referencia a aspectos subjetivos del paciente vinculados a sus valores y su historia de vida. 3. Información del médico sobre su situación, evolución futura y ofrecimiento de cuidados paliativos 3. Certificación de los médicos intervinientes de su estado de salud y tiempo de reflexión 4. Constancia de lo actuado en la historia clínica. 5. Elevar las actuaciones a una comisión de ética de la autoridad sanitaria.

Se contempla el derecho de los médicos a no participar de esta práctica si no está de acuerdo con el pedido de ayuda, la llamada “objeción de conciencia”. Pero al caracterizarse como un derecho, el Estado y los prestadores tienen la obligación de asistir a los peticionantes.

Obviamente, las diferencias que se pueden encontrar en la legislación respecto a los requisitos depende de los difíciles acuerdos que logren los distintos actores presentes en el debate en contextos sociales, políticos, culturales y económicos diversos.

En Uruguay, se comienza a discutir el reconocimiento de la dignidad en la muerte como un derecho aún ausente en nuestra desarrollada agenda de derechos. Está a consideración del Parlamento. Nuestro país tuvo una temprana secularización que lleva más de 100 años de separación de la Iglesia del Estado, con estricta separación entre las organizaciones religiosas y el Estado, lo que proporciona un escenario favorable para debates que respeten la pluralidad de enfoques.

A partir de dos proyectos de ley, uno despenalizador presentado por representantes del Partido Colorado y otro con enfoque de derechos, por representantes del Frente Amplio, se acordó un proyecto único que quizá se apruebe hacia fin de año.

En el caso de Uruguay los actores principales que participan de los debates son: las corporaciones médicas, las iglesias, las asociaciones de familiares de pacientes, grupos autoconvocados defensores de la muerte digna, legisladores que han presentado proyectos de ley sensibilizados por la situación de enfermos terminales.

Los mayores enfrentamientos argumentales entre los impulsores de la legalización de la eutanasia y aún más con los que la plantean como un derecho, se producen con los especialistas en cuidados paliativos y con la Iglesia Católica. Los argumentos más polarizados giran en torno a : prácticas nazis de exterminio, pendiente resbaladiza vs. acto compasivo y de amor ante una persona en una etapa crucial de la vida. Existen muchos matices en función de los actores participantes y su procedencia disciplinaria.

Se ha sostenido durante los debates que los cuidados paliativos son la alternativa a la eutanasia, por el contrario existen evidencias de que estos cuidados si bien son

necesarios no pueden resolver todas las situaciones y por otra parte están las consideraciones basadas en las convicciones morales de las personas. El Dr. Albert Tuca, especialista del servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico de Barcelona y presidente de la Comisión de Garantías y Evaluación de la ley de eutanasia en Cataluña, destacó que, según datos recogidos en la literatura sanitaria:

*“gran parte de las personas que solicitaron eutanasia habían recibido previamente una atención paliativa especializada”, lo que confirma “que ambas opciones son el fruto de decisiones vitales independientes y no excluyentes”. Y agrega que la eutanasia no debe ver se como una alternativa eficaz, rápida y poco costosa, sino como una decisión personal excepcional de orden diferente a las condiciones de soporte paliativo que deben asegurarse siempre a todo ciudadano”. En ese sentido afirma que “ el debate social sobre la legalización de la eutanasia, su aplicación y la objeción de conciencia “solo se puede abordar desde un análisis ético, laico, pluralista, posibilista y social”, ... “todos debemos aportar nuestros valores morales y cosmovisión espiritual, aceptando y respetando la coexistencia de diferentes sistemas morales, entendiendo el carácter social de los argumentos, donde el otro es tan importante como el yo, y estableciendo una deliberación que se aleja de posiciones radicales y persigue el máximo nivel de convergencia”.*(<https://www.geriatricarea.com> consulta 11-07-2022)

Por otra parte, la experiencia de Bélgica muestra que en el 60% de los casos un médico paliativista participa en la toma de decisión del proceso de eutanasia, que también se realiza en centros sanitarios religiosos con la exigencia de que sea practicada por un médico paliativista (ver <https://derechoamorir.org/01/12/2021> eutanasia y cuidados paliativos van de la mano y Simón Lorda y Barrio Cantalejo, 2012).

### **La opinión de la ciudadanía y del cuerpo médico**

El cuerpo médico según una encuesta reciente (Equipos Consultores,2020) apoya mayoritariamente la legalización, en estos momentos a instancias de los proyectos de ley se han concretando diferentes encuentros. Probablemente, para una parte del personal sanitario el cambio de paradigma provoca “incomodidades”: de uno centrado en el poder médico de decidir lo que estima adecuado para el paciente a otro centrado en los derechos de la persona quien toma las riendas de su existencia.

A otros, seguramente, les pesa seguir actuando en la oscuridad en base a sus convicciones humanitarias, sin respaldo legal, la legalización conduciría a sincerar prácticas clandestinas y dar derechos y garantías a los sufrientes.

El reconocimiento de este derecho sería un respaldo para los profesionales sanitarios que actúan en base a sentimientos de compasión y empatía hacia los enfermos<sup>4</sup>.

Integrantes de la Institución Nacional de Derechos Humanos han manifestado el apoyo a la decisión de regular el instituto de la eutanasia en el derecho positivo uruguayo. *“La eutanasia voluntaria y activa es un ejemplo extremo del ejercicio de la libertad y la autonomía. El derecho a la vida implica el deber de respetar la vida ajena, pero no el de vivir contra la propia voluntad, en condiciones que transforman la vida en un acto indigno que contradice la propia existencia”* (Mariana Blengio, una de las directoras).

#### **2.4. La situación de las personas mayores: “vida cumplida” e “interrupción voluntaria de la vejez”**

La anticipación de la muerte de las personas mayores en razón de “vida cumplida” ha dado origen a un largo debate en los Países Bajos. Ha habido intentos de introducir en el debate de la eutanasia el tema de la posibilidad de que las personas mayores se vean aliviadas sabiendo que podrían disponer de un medio para ponerle fin a su vida de un medio rápido y sereno. Se trata de anticipar la muerte cuando las probabilidades de vivir van disminuyendo, se basa en la consideración de que el sufrimiento emocional merece la misma consideración que el físico.

Comenzó en 1991 con la iniciativa de Huib Drion, jurista de 74 años que llegó a vicepresidente del Tribunal Supremo. Planteó que las personas mayores de 70, con sus “facultades mentales conservadas” y que consideraran su vida ya cumplida no siguieran obligados a continuar con ella o que a falta de otra alternativa, le pusieran fin violentamente.

Recordemos que según información reciente en Uruguay los más mayores son los que presentan tasas más altas de suicidios y se han reportado en el país algunos casos de parejas viejas que toman ese camino<sup>5</sup>. Según datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública para 2001 la tasa de suicidios de las personas mayores

---

<sup>4</sup> Las palabras compasión y empatía han sido reivindicadas por Rosa Montero en su novela *Historia del rey transparente* (2012) y en diversas notas de prensa, compasión como capacidad de sentir con el otro como la palabra indica y empatía como disposición a ponerse en el lugar del otro. Serían palabras que no pueden envilecerse -dice la autora- como otras, femicidios en nombre del amor, atentados y guerras en nombre de las libertades.

<sup>5</sup> En 2009 una pareja se suicidó en Montevideo en un hotel cercano a Tres Cruces. Tenían 81 y 78 años y 50 años de casados. Ella mató a su esposo de un disparo y luego se suicidó. Dejaron una carta.



de 80 años es la más elevada, 50 suicidios cada 100.000 habitantes, mientras que en la tasa general es de 21 suicidios (El Observador, 22 junio 2022).

El debate en los Países Bajos siguió aún después de la ley de eutanasia, la Sociedad Holandesa para la Eutanasia Voluntaria apoyó una iniciativa en 2010 llamada **“Por decisión propia”**. Una semana de debates sobre **“Vida cumplida”** y una campaña de firmas. En 2012, la mayoría parlamentaria de una coalición liberal-cristiana reclazó la petición de “Por decisión propia” y la dejó como “objeto de estudio futuro” (citado en Revista DMD, op. cit).

Los defensores de este derecho para las personas mayores advierten que no quieren presentar a la vejez ni al sufrimiento como justificante sino que se protege el libre ejercicio de la autodeterminación personal y el rechazo al paternalismo estatal y médico que con el pretexto de proteger el derecho a la vida la convierten en obligación.

El debate social en los Países Bajos ha proseguido y se han realizado investigaciones que recomiendan investigar más a fondo **la sobrerrepresentación de las mujeres entre las que quieren ayuda para morir**. Una diputada progresista del único partido defensor de la “vida completa” (G66) se propone presentar un proyecto de ley. Estaba previsto presentar los resultados de un diálogo social que se realizaría en el presente año.

AFDMD recoge la noticia de la muerte de Jacqueline Jencquel, que fue durante años vice-presidenta de ADMD-Francia, que se ha suicidado a finales de marzo de 2022.

*“Murió cuando quiso, en libertad. Hacía años que militaba por lo que llamaba la IVV- Interrupción Voluntaria de Vejez. Hace cuatro años, hizo pública su intención de terminar su vida de manera voluntaria, en Suiza fue un pequeño escándalo mediático. Escribió un libro para contar su vida y explicar sus años de militancia en favor de la muerte voluntaria. Mantenía un blog con el título “La vejez es una enfermedad incurable” en el periódico suizo Le Temps. En la última entrada del blog explica su decisión y también el miedo y la rabia de tener que morir sola por culpa de unas leyes que no respetan la dignidad y la libertad de las personas. Es un texto muy bello y conmovedor”* (<http://www.derechoamorrir.org> consulta 04-07-2022) Ver el texto publicado en el blog antes mencionado de Jencquel titulado: Rien ne passe après tout si ce n’est le passant

### En síntesis

Nos compete discutir la conceptualización de los derechos al fin de la vida como derechos al cuidado y al autocuidado. La idea que deseo transmitir es que en la actualidad es urgente abrir una dimensión nueva a considerar en el campo de los derechos

humanos a los cuidados y al autocuidado, tanto en aspectos conceptuales como en el desarrollo de las políticas públicas de derechos humanos, con especial atención a los sesgos por situación socioeconómica, género y trayectoria vital.

A nivel teórico, las nociones de **cuidado de si mismo y el cuidado de la muerte** ha sido abordado por autores como Derrida y Foucault como recuerdan Aguilera Portales y González Cruz (2012) en su artículo titulado *Derechos humanos y dignidad humana* como presupuestos de la eutanasia. Estos autores llegan a decir que debemos educarnos para la muerte como se nos educa para comer o para nuestra profesión.

En los antes mencionados debates acerca de la eutanasia de las personas mayores que aducen “vida terminada”, los argumentos contrarios fundamentan su posición en la necesidad de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, colocan la responsabilidad de que algunas personas decreten “la vida terminada” a la sociedad y sus valores individualistas y edadistas. Por otra parte, se piensa que otorgar ese derecho contribuiría a desvalorizar aún más a las personas mayores induciéndolos a solicitar el fin de su vida.

Contrariamente, consideramos que **son derechos al cuidado y al autocuidado de personas que están pasando por una situación que de acuerdo a su valores no merece ser vivida**. Forman parte de los derechos que tenemos como personas y que deben ir acompañados de los otros derechos universales, tales como la salud y la educación, la vivienda, la seguridad social.

Ello no significa desconocer que estamos en sociedades estratificadas en que el acceso a estos otros derechos que dignifican la vida tiene dificultades de orden económico y cultural que estas sociedades tienen que enfrentar, en las distintas esferas en que son reconocidos para encarar la cuestión de las inequidades y desigualdades. Ello tal vez conduciría a sacar la discusión exclusivamente de la discusión acotada a lo jurídico y sanitario para imaginar como integrar este derecho a cuidados integrales, dentro de las políticas públicas que garantizan derechos en el sistema de bienestar social tomado en su conjunto, en un Estado secular y laico.

Me pregunto: ¿este tema del cuidado y del autocuidado de las personas enfermas o cansadas de vivir no debemos encararlo desde una mirada de género? No sólo por las largas vidas de las mujeres sino también por su rol de cuidadoras que obligatoriamente colaboran con la prolongación de situaciones vitales que perciben como indignas y que no querrian para ellas mismas. ¿El derecho a decidir sobre su propia vida y muerte podría ser incorporado a la agenda de los feminismos?

Tenemos indicios de que existen percepciones y trato diferencial respecto a las personas de distinto género, ¿qué sabemos acerca de la subjetividad y las prácticas ante la muerte en las distintas culturas y subculturas? ¿Esta es una visión eurocéntrica y medicalizada? ¿Es posible avanzar hacia el respeto al pluralismo ético ante la muerte?

¿No será hora de incorporar a las agendas de investigación los derechos humanos al final de la vida de una manera integral y aportar conceptualizaciones y evidencias en ese sentido?

## Anexo

La legislación comparada sobre eutanasia y suicidio asistido<sup>6</sup>

La eutanasia está consagrada en Europa por ley en los Países Bajos (2002)<sup>7</sup>, Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), España (2021). En Portugal la ley fue aprobada por el Parlamento en enero de 2021, aunque no sabemos si entró en vigor, por observaciones del Tribunal Constitucional sobre la precisión de algunos artículos que están en vías de corrección. En Suiza, la eutanasia no está permitida pero si la cooperación al suicidio que no es delito mientras no existan motivos egoístas (Código Penal 1942). El suicidio asistido se lleva a cabo a través de asociaciones pro derecho a morir; algunas también atienden a la ciudadanía de otros países. En Austria (2022) se aprobó una ley sobre el suicidio asistido después que el Tribunal Constitucional levantó la prohibición ya que los jueces consideraron que esa prohibición viola el derecho a la autodeterminación del individuo. Continúa penada la eutanasia activa. Para que una persona pueda acceder a este procedimiento deben cumplirse varios requisitos, tener más 18 años, un diagnóstico médico, charlas explicativas con dos médicos y un periodo de reflexión de varias semanas. Después podrán obtener en una farmacia un medicamento para morir. También en Alemania el Tribunal Constitucional considera contraria a la Constitución una ley que prohíbe el suicidio asistido con ayuda de empresas comerciales (?), pues priva del derecho a determinar su propia muerte. Se han dictado sentencias también en Italia en las que permiten la cooperación al suicidio en algunas circunstancias e impulsan

---

<sup>6</sup>La fuente principal sobre legislación comparada consultada es: <http://www.derechoamorrir.org> consulta 04-06-2022

<sup>7</sup> El investigador holandés Martijn Hagens ha publicado su tesis sobre la asistencia al suicidio no punible al margen de la ley neerlandesa de eutanasia. La tesis parte de los antecedentes históricos y jurídicos de la asistencia al suicidio en los Países Bajos. La jurisprudencia ha aclarado que, al margen de la ley de eutanasia, la asistencia al suicidio no es punible cuando esta asistencia se limita a (1) tener conversaciones sobre el deseo de poner fin a la vida, (2) ofrecer apoyo moral (incluida el acompañamiento con la condición de que no se ofrezca una asistencia activa), y (3) proporcionar información general sobre los métodos para terminar con la propia vida. Varias organizaciones holandesas ofrecen esta asistencia no punible en caso de suicidio en forma de asesoramiento no directivo. Hagens investiga las características de esta asistencia al suicidio, y las características de las personas que la buscan (<http://derechoamorrir> consulta 04-05-2022)

a sus parlamentos a legislar adecuadamente este derecho. Existen iniciativas en otros países como Francia o Irlanda para impulsar la despenalización.

Nueva Zelanda la ley de eutanasia para enfermos terminales que entró en vigor en 2021 luego de ser aprobada por un referendo. En Australia solo es legal en el estado de Victoria desde 2017 y solamente para enfermos terminales.

En los Estados Unidos de Norteamérica el Estado de Oregón, tiene una ley de Muerte con Dignidad (DWD por sus siglas en inglés) desde 1994, ratificada por un referendun en 1997. Se permite a los pacientes enfermos terminales o sin esperanza de mejora pedir la medicación. Los requisitos son dos pruebas orales y una escrita, además de que dos médicos certifiquen la gravedad de la enfermedad y la capacidad mental del paciente. <https://www.notimerica.com/sociedad/noticia-estados-eeuu-legal-muerte-asistida-20151006203810.html>, Más recientemente otros diez Estados también tienen leyes que permiten el suicidio asistido cuando la supervivencia esperada es de seis meses o menos en Montana (2009 por decisión judicial), Vermont (2013), California (2015). Colorado (2016), Whashington D.C. (2016), Hawaii (2018), Nueva Jersey y Maine (2019), Nuevo México (2021). En Canadá (2016) una ley autorizó la eutanasia.

En la región latinoamericana Colombia fue el primer país sudamericano que autorizó la eutanasia en caso de enfermos terminales, es un derecho constitucional que se amplió recientemente incluyendo situaciones de alto sufrimiento aunque no sean terminales. (Se conoció un caso mediático de suspensión de un procedimiento fijado por no tratarse de una enfermedad terminal), Chile, desde abril 2021 cuenta con una ley aprobada en Diputados cuyo impulsor fue el diputado Viado Mirosevic del Partido Liberal fundado en 2013, cientista político. Se realizó una consulta pública que arrojó el 68% de las adhesiones. Como en otros países, también se hicieron públicos casos de personas pidiendo eutanasia (casos: terminales, sufrimiento insoportable físico, sufrimiento insoportable psíquico). Durante el reciente primer discurso anual ante el Parlamento el presidente Boric le dio carácter de urgente al tratamiento de ese proyecto que espera en el Senado. Dijo estar comprometido con el derecho a los cuidados paliativos y a una muerte digna. En Argentina, no sabemos que pasó con el proyecto de ley, que se denominaría "Ley Alfonso", en homenaje a Alfonso Oliva, fallecido a los 36 años afectado por ELA y luego de quedar totalmente inmovilizado mientras luchaba por la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido. El 25 de noviembre de 2021 se presentó en la Cámara de Diputados de la Nación Argentina el proyecto titulado "Ley de buena muerte. Regulación de la eutanasia" (expte. 4597-D-2021, T.P. 184/2021).

## Referencias bibliográficas

Amenabar Beitia José Martín (2019) La eutanasia como antídoto del suicidio, *Revista Bioética y Derecho* nº 46, Barcelona

Bruckener Pascal (2021) *Un instante eterno, Filosofía de la longevidad*, Ed. Siruela, España

Durán María Angeles (2004) La calidad de la muerte como componente de la calidad de la vida, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 116, pp. 9-32

Durán María Angeles (2006) El contrato social implícito entre cuidadores y cuidados, *Revista Abaco*, 49-50, pp.89-106

Equipos Consultores. Conocimientos y actitudes de los uruguayos sobre la eutanasia (encuesta encargada por el Sindicato Médico del Uruguay) junio 2020. <https://www.smu.org.uy> (consulta 6-06 2020)

Simón Lorda Pablo, Inés Barrio Cantalejo ( 2012) La eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública*, vol.86, nº 1

Soler Fernando Género y decisiones al final de la vida.Consulta <https://www.ccoo.es> (consulta 30-6-2022)