



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 936 de 2022

Carpetas Nos. 67/20 y 2137/21

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Reglamentación

EUTANASIA

Normas

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE)

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA COMISIÓN DE BIOÉTICA

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 8 de junio de 2022

(Sin corregir)

Presiden: Señora Representante Lucía Etcheverry Lima, Presidenta y señor Representante Alfredo De Mattos, Vicepresidente.

Miembros: Señoras Representantes Cristina Lústemberg y Nibia Reisch.

Delegados de Sector: Señores Representantes Francisco Capandeguy, Eduardo Lorenzo Parodi, Luis Gallo Cantera y Rodrigo Goñi Reyes.

Invitados: Por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE): doctores Leonardo Cipriani, Presidente; Marcelo Sosa, Vicepresidente; Eduardo Henderson, Gerente General; Juan Ramón Blanco, Adjunto al

Gerente General; Cnel.(R) Julio Micak, Vocal; señores Juan Carlos Otormín, Sebastián Iramendi y Eduardo Blanco.

Por la Comisión de Bioética de la Academia Nacional de Medicina, Académicos doctores Guido Berro, Humberto Correa, Álvaro Díaz Berenguer y José Perrier, representando al Consejo Directivo.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.

=====

SEÑORA PRESIDENTA (Lucía Etcheverry).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida al directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado; a su presidente, doctor Leonardo Cipriani; a su vicepresidente, doctor Marcelo Sosa; al vocal, el coronel retirado Julio Micak; al gerente general, doctor Eduardo Henderson; al adjunto al gerente general, doctor Juan Ramón Blanco y a los señores Juan Carlos Otormín, Sebastián Iramendi y Eduardo Blanco. Les agradecemos muchísimo su comparecencia.

Como es público, esta Comisión está abordando dos proyectos de ley vinculados a la regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En ese marco, y por la importancia de este tema que atraviesa a toda la sociedad, estamos recibiendo a las más diversas organizaciones e instituciones públicas y privadas. Más allá de algunas dificultades de agenda por las propias obligaciones del Parlamento nacional, pensamos en la posibilidad de recibir al Ministerio de Salud Pública como rector en las políticas de salud, al Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, a Fepremi y a FEMI como efectores eventuales en virtud de la posible aprobación de este proyecto de ley. En la medida en que estos procedimientos se integren al PIAS, van a ser efectores directos de esta prestación y, en virtud de eso, están siendo convocados. Así como vinieron los prestadores privados, se entendió que, obviamente, el prestador público debía tener las mismas posibilidades, y se convocó al directorio de ASSE, a quienes agradecemos su presencia. Sabemos que se les remitieron ambos proyectos con tiempo, así que esperamos las consideraciones, observaciones y eventuales cuestiones a considerar en el rol que le corresponde a ASSE como principal efector público.

Les pedimos que hagan una primera exposición. Luego, los integrantes de la Comisión tendrán la posibilidad de hacer las preguntas o el intercambio que consideren pertinente.

SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).- Buenos días a todos. Es un gusto comparecer ante la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

En lo que refiere al tema, lo que podemos decir como institución es que tenemos que esperar la resolución del Parlamento; nosotros, como Administración de los Servicios de Salud del Estado, debemos cumplir con las leyes. O sea que, en realidad, desde el punto de vista técnico- médico no tenemos nada pensado en cuanto a grandes realizaciones; tenemos que esperar la disposición de la ley.

Hoy en día, en lo que refiere, por ejemplo, a las etapas finales de los pacientes, se llevan adelante los llamados cuidados paliativos, en los que ya se venía trabajando desde hace mucho tiempo. De hecho, recuerdo que cuando se comienzan a implementar el referente siempre fue ASSE: en el hospital Maciel, con la doctora Píriz; a nivel pediátrico, en el hospital Pereira Rossell, con la doctora Mercedes Bernadá. Aparte de Montevideo, también se están llevando adelante en el interior; este tipo de cuidados paliativos se ven beneficiados con los apoyos domiciliarios que estamos realizando en cada uno de los lugares.

Desde que se comenzó con los cuidados paliativos, estamos cumpliendo. Obviamente, siempre debemos profundizar en mejorar la atención. Repito que, como directorio de la organización, consideramos que no debemos hacer comentarios sobre el proyecto de ley, sino que debemos esperar que sea ley.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Saludo a la delegación y le doy la bienvenida.

Me parecía que la respuesta no podía ser otra que la que dio el presidente. Para una institución pública, para un prestador de salud como ASSE, es muy difícil opinar sobre temas que cortan transversalmente a toda la sociedad; venir a hacer comentarios con una posición formada es complicado. Como legislador pienso que es importante que todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados, tengan la oportunidad de venir a decir lo que quieran. En este caso, creo que ASSE dijo lo que tenía que decir.

Ahora bien, estamos frente a un problema que, como decía, corta a la sociedad. Es un tema polémico que los partidos políticos no pueden definir y sobre el que cada legislador tendrá su opinión. En mi caso, por ser médico, tuve la voluntad de meterme en el tema y trabajar, porque hay una realidad: a los que estamos a favor del derecho que tiene el paciente de definir en determinadas circunstancias poner fin a su vida nos quieren enfrentar a los cuidados paliativos, y no tiene mucho que ver; son dos cosas distintas. Yo soy ferviente defensor de los cuidados paliativos, al igual que todos los médicos; no creo que nadie los rechace, pero creo que estamos lejos de los países desarrollados en cuanto a contar con servicios que realmente le lleguen a la persona que está padeciendo. Ponemos al hospital Maciel o al Pereira Rossell como referencia, pero no alcanza. Tenemos déficits muy grandes como, por ejemplo, en el sector privado, que no tiene cuidados paliativos domiciliarios. Hicimos una ley específica porque, como íbamos a tratar este tema que tiene una importancia trascendental, me parecía que no era necesaria una ley de cuidados paliativos, ya que estaban previstos en la ley, en el PIAS, etcétera; hay que llevarlos adelante, y para eso hay que generar recursos económicos. En esta Comisión estamos esperando ansiosamente que se vuelquen recursos económicos para desarrollar cuidados paliativos en ASSE y en el sector privado, porque esto sin plata no camina. Me parece que esto es importante.

Voy a aprovechar que está el directorio de ASSE para preguntar cómo piensa desarrollar los cuidados paliativos en el interior del país -recién estamos empezando o continuando la tarea de cuidados paliativos-, porque siempre ponemos ejemplos de Montevideo, pero me parece que el interior del país también merece cuidados. Si bien es una especialidad en la que hoy tenemos tecnicaturas, no tenemos una cátedra en la Facultad de Medicina que enseñe cuidados paliativos; hay gente con determinada *expertise*, y en materia de cuidados paliativos se trabaja fundamentalmente en equipos. ¿Cómo están viendo ustedes, de aquí en más, el desarrollo de los cuidados paliativos? Esto va a ser muy importante para complementar lo que tiene que ver con la eutanasia. Si bien no vamos a hablar específicamente de la eutanasia, aprovechando que están queremos saber cómo piensan desarrollar los cuidados paliativos en el interior del país o qué perspectivas hay de mejorarlos, tanto para adultos como pediátricos.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Creo que las preguntas que iba a hacer ya las abordó el doctor Gallo.

Antes de comenzar, independientemente de que a nivel legislativo vamos a discutir si es viable dejar de lado concepciones individuales religiosas o filosóficas, estuvimos hablando con el directorio de ASSE e integrantes del equipo de la administración sobre algo que este ámbito laudará o no en cuanto a dar respuesta al proceso final de la vida cuando hay un dolor insoportable o cuando la enfermedad está en etapa irreversible. Nos es muy importante estar hoy acá, porque ustedes saben que hay una falsa oposición hacia los cuidados paliativos. Como bien dijeron el doctor Gallo y la diputada Etcheverry, en ese sentido hay un proyecto de ley con media sanción que se encuentra pendiente de votación en la Comisión de Salud y Asistencia Social del Senado. Ya que nos visitan, es muy importante conocer lo que tienen previsto sobre la extensión de los cuidados paliativos en vistas de la rendición de cuentas y lo que queda de la gestión.

Desde el inicio me tocó acompañar el desarrollo de estos cuidados en el Ministerio de Salud Pública, y sé dónde hay cuidados paliativos en ASSE y dónde no. Todos sabemos que en la parte pediátrica hay dificultades. En el propio Pereira Rossell, al día de hoy los cuidados paliativos no trabajan en todos los servicios por diferentes dificultades, aunque no voy a entrar en ese proceso. Quisiera conocer por parte de ustedes dónde están garantizados hoy, o qué desarrollo hay de progresividad, sabiendo que se trata de equipos interdisciplinarios que no hay en todos los lugares. Quiero saber cómo se están abordando para no obstaculizar la decisión de las personas que se deciden por estos cuidados y garantizarlos por parte del prestador más grande.

En otra instancia, tendremos que conversar -cuando la ley esté laudada- y garantizar los dos procesos que se van a hacer de las dos consultas y ver si en ASSE están funcionando los comités de bioética; esas son cosas que después van a hacer mucho a la implementación si es que logramos como ciudadanos, y nosotros a nivel legislativo, laudar una ley de eutanasia.

Creo que es muy importante ir viendo la proyección que tiene ASSE sobre la extensión en cuidados paliativos, porque si bien sabemos que ha habido avances -conocemos perfectamente los procesos-, todavía hoy, como en otros prestadores, no tenemos el cien por ciento garantizado -como dijo el diputado Gallo-, sobre todo en el interior del país, aunque en Montevideo tampoco.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estoy anotada para hacer uso de la palabra.

En el tema específico, y en virtud de ir considerando aspectos que van a ser operativos en la etapa de implementación, me interesa hacer una pregunta específica.

Parto de la base -es público que estoy apoyando y acompaño uno de los proyectos que se han presentado- de que esto es para agregar y garantizar un derecho basado en la dignidad de la persona y en su capacidad de decidir en determinadas circunstancias. En ese marco, también reconozco que este derecho que le tenemos que garantizar a una parte debe implicar el respeto a otras consideraciones de la otra parte; sobre todo a quien va a estar obligado a garantizar esta prestación una vez que se cumplan todas las condiciones.

En ese aspecto, el proyecto que yo acompaño -entiendo que los dos son complementarios- establece la posibilidad de la objeción de conciencia. Al respecto hemos recibido de parte de algunas instituciones planteos concretos vinculados al tema; hay quienes entienden que debería constituirse un registro y otros que no, pero hay acuerdo en garantizar tanto el derecho de quien está en una situación crítica -en la etapa de una enfermedad irreversible, incurable y con sufrimiento insoportable- como el del médico o médica que sea objetor de conciencia y no cumpla con eso. Ya tenemos esa figura, pero quisiera saber cómo hoy ASSE está procesando -en cuanto a registrar, llevar un contralor y gestionar- a quienes eventualmente se presenten como objetores de conciencia en determinados procedimientos que también están aprobados por ley y consideran esa situación. Quisiera saber si lo registra o no, para garantizar que no sea una objeción de conciencia en un lado pero en el otro no, cosa que también puede pasar. Quiero saber qué está siguiendo o gestionando ASSE a fin de evitar riesgos con relación a esa figura que ya está contemplada en otras prestaciones.

SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).- En lo que se refiere a los cuidados paliativos en el interior del país, hemos aumentado mucho la atención domiciliaria, lo que se ha aprovechado durante la pandemia. Hemos agregado en algunos puntos -lo que irá en la rendición de cuentas- y los hemos potenciado desde ASSE con cargos que van desde

vacantes -algunas usando el fondo covid- a otros que vamos a transformar, porque podemos hacerlo, para la atención domiciliaria. Por ejemplo, en la ciudad de Melo, Cerro Largo, ya se están implementando los cuidados paliativos y está la atención domiciliaria. Lo mismo ocurre a nivel del área metropolitana; lo estamos trabajando con SAME 105, con apoyo, obviamente, de los hospitales.

Me gustaría que el doctor Eduardo Henderson, que es el gerente general, se refiriera a cómo venimos lugar por lugar.

SEÑOR HENDERSON (Eduardo).- Tal como se ha dicho, la definición de cuidados paliativos fue muy clara en el sentido de que son aquellos cuidados que se realizan a enfermos que tienen una enfermedad terminal no necesariamente oncológica, que tienen una expectativa de vida relativamente corta o no, y que muchas veces, o en todos los casos, no tienen una posibilidad curativa

Para ello, como dijo el doctor Cipriani, en ASSE tenemos algunos lugares fuertes como el Hospital Maciel y el Hospital Pereira Rossell y lo tratamos de implementar en el interior del país.

Les puedo decir cuál es la situación de hoy. Ya les adelanto que estamos en un proceso, porque hay cosas que realmente nos están faltando. Por ejemplo, faltan cuidados paliativos pediátricos en muchos lugares del interior. Estamos implementando los cuidados paliativos de adultos a domicilio, pero nos están faltando.

Empiezo por la región oeste. Hay cuidados paliativos en Flores, tanto en la RAP como en el Hospital. En Colonia es muy dispar, porque hay en Carmelo y en Rosario, pero no en Juan Lacaze ni en la RAP. Eso quiere decir que ahí solamente podemos dar cuidados paliativos a los pacientes internados, pero no hacer el seguimiento. Todavía no está bien armado el proyecto; se está haciendo, pero falta. En Río Negro tenemos en el Hospital, pero no en la RAP. En San José tenemos en los dos. En Florida no tenemos ni en el Hospital ni en la RAP. En Soriano tenemos en el Hospital, pero no tenemos en Dolores ni en Cardona. Realmente, ese es un punto a corregir. En Durazno tenemos en los dos.

Luego, en la región sur, donde está centralizado y está prácticamente el 70 % de nuestros usuarios, tenemos en la RAP, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell -tanto en mujer como pediátrico, que es heterogéneo, como decía la diputada Lustemberg-; en el Maciel; en el Pasteur; en el INCA; en el Hospital de Canelones; en el Centro Auxiliar de Pando y en el Piñeyro del Campo. Se está trabajando con Las Piedras.

Con respecto al norte, la debilidad mayor es Artigas, donde increíblemente tenemos cuidados paliativos pediátricos pero no tenemos para adultos. Tampoco tenemos para adultos ni en la RAP ni en el Hospital de Bella Unión. En Salto, tenemos en los dos, en la RAP y en el Hospital. En Tacuarembó no tenemos en el Hospital, pero tenemos en la RAP. En Paso de los Toros no tenemos. En Rivera tenemos de adultos, pero no de niños. La RAP tiene, y causalmente también tiene pediátrico.

El ejemplo es Paysandú, que comenzó un programa muy fuerte, fundamentalmente en el Hospital. Lo bueno es que según los datos específicos de Paysandú, se pasó de tener una mortalidad por enfermos terminales de cerca de un 95 % a menos del 50 %. Es decir que realmente hay un indicador, y es que se reforzaron los cuidados paliativos y se está ahora en su avance. Se están haciendo cuidados paliativos tanto en adultos como en niños y estamos avanzando para llevar eso a domicilio.

En Young tenemos cuidados paliativos para adultos, pero no para niños.

En el este, prácticamente no hay en ningún lado cuidados paliativos pediátricos. Con respecto a esto último, hemos apoyado la maestría que se está haciendo en el Pereira Rossell para capacitar a los pediatras en cuidados paliativos, tratando de favorecer la llegada de pediatras del interior para llevarlo adelante en la región.

Es eso lo que vinimos a informar sobre cómo estamos trabajando; este ha sido uno de los puntos en el que más nos hemos preocupado para tratar de mejorar lo que teníamos en lo que fuera posible.

Muchas gracias.

SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).- Hay una pregunta planteada por la señora diputada Cristina Lustemberg que se refiere específicamente a los cuidados paliativos pediátricos en el Pereira Rossell. Sabemos que el Pereira Rossell tiene una unidad en todo el hospital, pero a nivel de la fundación que trabaja adentro se cumplen los cuidados paliativos. No podemos decir que no se cumplen porque se llevan adelante, aunque por los médicos hematooncólogos que tiene la propia institución. Se cumple el derecho del niño al cuidado paliativo; no hemos notado esa deficiencia.

En cuanto al Comité de Bioética, por resolución de unos directorios atrás se creó la Comisión de Bioética de ASSE, que hoy tiene su primera reunión a la hora 18 y 30. Va a estar formada por Delia Sánchez, el doctor Guido Berro, Justo Alonso, Pedro Kasdorf y Daniel Alonso, y dos representantes por los usuarios, como marca la normativa. La Comisión de Bioética ya está nombrada, ya está formada y hoy empieza a sesionar.

En lo que tiene que ver con la objeción de conciencia, nos ocurre algo similar con la interrupción involuntaria del embarazo. ASSE cumple con los procedimientos en todos los lugares; de hecho, nos pasa en algún centro como, por ejemplo, en el Hospital de Melo, en el cual hay un ciento por ciento de objetores de conciencia, pero se realiza a nivel del centro de salud de Cerro Largo, que queda a cinco cuadras del hospital, o sea que no hay inconveniente. Lo mismo pasa en el Hospital de Soriano, pero se realiza a nivel del Hospital de Dolores; están a menos de 30 kilómetros uno del otro por lo que hay cobertura. En todo el territorio nacional todos los grupos pueden hacer la cobertura.

En cuanto al tema de objeción de conciencia no puedo definir si hay un control en cuanto a que se cumpla en un lado y el otro. Tengo que confirmarlo; es fácil hacerlo por medio de los directores locales que están a cargo de cada uno de los lugares de trabajo a nivel de las RAP, pero no sé si hay un procedimiento hecho. Hoy en día, no es un problema en ASSE si un médico tiene o no objeción de conciencia.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Realmente, se ha avanzado y es un tema que, obviamente, cuesta mucho; no se hace de un día para otro, pero se está en la senda de mejorar los cuidados paliativos.

A solo efecto de poder transmitir mi experiencia a aquellos que no son médicos: uno viene acá, por ejemplo, y queda en la versión taquigráfica de que hay cuidados paliativos acá, allá y allá, y vienen los prestadores privados y dicen que hay acá, acá y acá, pero en la realidad no existe eso; la realidad es que existe una unidad de cuatro o cinco personas que tienen determinada experticia en este tema y que desarrollan los cuidados paliativos, pero en la realidad, en la práctica, cuando uno los precisa no están. Pero, aclaro: no es cuestión de ASSE ni del prestador; no están porque no alcanza con una unidad, porque cuando persona precisa los cuidados paliativos -es lo que dicen los paliativistas- es al inicio de la enfermedad irreversible e incurable, que podrá ser cáncer o no, ya que hay muchas patologías, por ejemplo, podría ser un EPOC terminal. Bueno, esta enfermedad también precisa cuidados paliativos, para preparar el entorno familiar con psiquiatras, con psicólogos, con asistentes sociales, con kinesiólogos, con fisioterapeutas; eso es un

equipo de cuidados paliativos que le da la confortabilidad al paciente para que transcurra los últimos momentos de su vida de la mejor manera. Esa es la realidad, pero en la práctica no pasa nunca; no pasa nunca ni en un hospital ni en el mejor centro del Uruguay, ¿me entienden? La semana pasada me paso a mí, cuando solicité cuidados paliativos para un chiquito de cuarenta y cinco días, y no hay; tuvimos que consultar a alguien del Pereira Rossell, a ver, que venga... ¿Me entienden? Entonces, uno lee las versiones taquigráficas donde se dice que hay cuidados paliativos acá, acá y acá, en el sector privado, en ASSE, pero después, en la práctica, cuando los va a necesitar porque el paciente no puede respirar, está en el domicilio y precisa determinada asistencia, y no es que le lleven el oxígeno o el nebulizador, sino que requiere de todo un entorno, no están; en el Uruguay todavía no estamos preparados para eso, a no ser algunos centros, y ubico como centro número uno el que está atendido por la doctora Gabriela Píriz y su equipo; sé de la experticia y de la experiencia que tiene la doctora, por eso lo nombro, y gracias a ese equipo están surgiendo en el interior, ¡y vaya si lo aplaudimos!

Tenía necesidad de contar esto, porque cuando uno lee la versión taquigráfica dice: "hay", "hay", pero después no es así. Me pasó hace un mes con una paciente neoplásica en etapa ya terminal, que estaba en coma, que una importante institución privada de este país la mandó a domicilio con cuidados paliativos y la primer consulta la recibió a los diez días; se murió a los doce del alta.

Entonces, cuando uno lo ve, lo palpa y lo siente, cuando me contraponen eutanasia con cuidados paliativos, pero ¡vaya! si tendremos que seguir trabajando y desarrollando cuidados paliativos para que ese paciente, que es el que sufre realmente, termine de la mejor manera su vida sin ese sufrimiento insoportable.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- Buenos días. Quisiera agradecer a todas las autoridades de ASSE que concurrieron a esta Comisión. Pensamos que por el tema de eutanasia todavía era prematuro traerlos acá.

Respecto al tema de cuidados paliativos tengo una discrepancia con el señor diputado Gallo. En Tacuarembó los tenemos; los tenemos en la institución privada, tanto de adultos como pediátrica. El de adultos es un centro de tratamientos maduro de muchísimos años; el que está encargado es el oncólogo, quien hace las coordinaciones, pero tiene un grupo de médicos, psicólogos y psiquiatras que están allí. Si los pacientes precisan una reinternación por un cuadro, se los interna.

El de pediatría se empezó a desarrollar hace varios años, pero tiene menos tiempo que el de adultos; hemos tenido soporte a pacientes pediátricos, de todo tipo. Además, pacientes que estuvieron internados en el CTI del Hospital de Tacuarembó durante un año, por ejemplo, pasaron a tener tratamientos con ventilador ambulatorio; por ejemplo, el niño creció dentro del sanatorio, luego se trasladó a su domicilio, los padres lo vieron crecer y, después, terminó muriendo por una enfermedad congénita que no tenía solución. Realmente, fue una experiencia muy importante y Tacuarembó en ese aspecto está muy desarrollado.

Después de la experiencia que se tuvo con la cantidad de funcionarios que entraron a trabajar en el sistema covid, los que fueron sobrando fueron creando la unidad en la RAP y hoy está dando buenos resultados. Puede ser que Tacuarembó sea una ciudad especial, donde todos somos muy celosos de nuestra población pero, prácticamente, como estamos a la orden y nos llaman permanentemente, probablemente registremos o presionemos más a los médicos de cuidados paliativos, pero están en tiempo y forma.

A discrepancia de lo planteado, nosotros tenemos donde mandar, tenemos contención y no tienen que esperar mucho tiempo. Además, tenemos un centro de

respuesta que si se demoran, que habitualmente no ocurre, nos enteramos y hablamos con los jefes de cuidados paliativos y solucionamos el tema. Reitero: en Tacuarembó no pasa eso.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Creo que siempre tenemos esa tentación con cualquier tema que discutimos... Bueno, no discutimos, sino que plantemos; quiero sacar ese nivel de discusión que hay en todos los temas cargados de confrontación.

Cuando veo el desarrollo parece que los cuidados paliativos comenzaron a implementarse en el país en un programa en el 2013, pero había experiencias anteriores, porque cuando uno ve, desde la Constitución de la República, ya en el año 1934 se hablaba de que deberíamos ir a ese proceso; después, uno ve todo el proceso, hasta que llegamos en el año 2013 a la conformación de cuidados paliativos. Yo acá tengo todos los lugares, por lo menos, hasta el 2019, donde estaban implementados los cuidados pediátricos por prestador y, como bien dijo el doctor Henderson en este momento, por región el desarrollo que había en el 2011, 2014 y 2019. Me faltaban acá algunos datos que intenté buscar antes de venir acá, pero no sé si están colgados en alguna página; esa es otra cosa que estamos trabajando con el Ministerio de salud: faltan colgar los datos, desde estadísticas vitales hasta otros datos que hacen a la cristalinidad de la gestión. Seguro nadie desconoce los desafíos que nos implementó la pandemia, sobre todo, a finales de los años 2020 y 2021.

Ahora, a quienes están en lugares de responsabilidad de gestión y a nosotros, desde el punto de vista parlamentario, nos interesa seguir trabajando en determinadas cosas que se tendrían que seguir desarrollando, paulatinamente, a lo largo del país. Acuérdense que solamente en el 32 % de los prestadores de este país, solamente el 32 % de la población accede a cuidados paliativos pediátricos. Nosotros conocemos el desarrollo en el Hospital Pereira Rossell, con la doctora Mercedes Bernadá y todo su equipo, pero cuando uno analiza prestador por prestador los cuidados pediátricos, acá no hay ningún efector de salud para trabajar en ese momento. Cuando vemos lo de adultos vemos el porcentaje, pero al día de hoy seis de cada diez ciudadanos en el Uruguay no accede a cuidados paliativos. Entonces, entiendo la experiencia de Tacuarembó, pero todos los que estamos acá sabemos las dificultades. Por eso me parece muy pertinente la presentación que hizo Henderson, como gerente general de la institución, de ver el desarrollo y la progresividad. Acá no estamos para ver... Todos sabemos lo que se hizo y no estamos desconociendo que ahora se esté trabajando, pero sí queremos ver si está planificado con los recursos presupuestales, porque esto genera diseño, ustedes saben. Acá tengo, también, cómo se organizaron los recursos humanos, institución por institución, dónde hay recursos humanos dedicados en exclusividad a cuidados paliativos; esa es la queja de la mayoría de los lugares donde están: el número de personas dedicadas a ello u otras características de los recursos humanos como por ejemplo que tienen múltiples funciones. Necesitamos conocer la progresividad que tiene ASSE para, por lo menos, garantizar desde la institución que se dispensen los cuidados paliativos. Por eso me parece muy importante escucharlos a ustedes y seguir profundizando. Nosotros desde esta Comisión estamos dando seguimiento a este tema, porque si bien muchos podemos estar de acuerdo con la eutanasia como un derecho, pensamos que los cuidados paliativos tienen que estar garantizados en cada uno de los prestadores; eso es esencialmente al margen de esta discusión.

Entonces, sí sabemos lo que se avanzó, dónde no se avanzó y dónde hay dificultades para seguir aumentando progresivamente los recursos humanos y profundizando la complementación público- privado, porque hay cantidad de lugares que nosotros sabemos que, por la población existente, la posibilidad de prestación de

cuidados paliativos no es suficiente. Esto está todo estudiado, porque se hizo muy bien el programa de cuidados paliativos, ya que se ha basado en mucha evidencia a la hora de trabajar, pero sabemos que hay lugares que, de acuerdo al porcentaje de pacientes que lo requerirían, eventualmente, de acuerdo a la cantidad de usuarios, muchos departamentos donde funciona se debe a la complementación de los prestadores que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Entonces, creo que hoy el objetivo en esta comparencia, independientemente de las cosas que podemos trabajar a futuro si se implementa o no la ley de eutanasia, es irnos con la garantía de que ASSE está priorizando la extensión y garantizar al cien por ciento de los usuarios el servicio de cuidados paliativos, ya sea pediátricos como de adultos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Primero que nada, quisiera saludar la constitución de la Comisión de Bioética. Por los nombres que usted mencionaba, doctor Cipriani, queda claro, obviamente, que se está respetando la norma, en cuanto a la multidisciplinariedad, la integración de trabajadores y de los usuarios. Ahora, en ese sentido, entiendo que la norma no establece el proceso de elección y entiendo que en aras de dotarla de la mayor fortaleza posible desde el punto de vista institucional -conozco la trayectoria de algunas de las personas que la integran-, en el caso de los usuarios, creo entender que lo que está en juego, y es el espíritu de la norma, es la mayor representatividad de quienes están en una condición de igualdad desde el punto de vista de este sector. A este respecto, mi pregunta es cuál fue el procedimiento para la elección de los usuarios, sobre todo, considerando que tenemos dos movimientos: el movimiento nacional y el espacio participativo, si ya se recurrió a la institucionalidad o a otro procedimiento. Hago esta pregunta solo a los efectos de tener claro ese aspecto de esta integración en particular.

SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).- En ASSE estamos continuando con lo que son los cuidados paliativos, que como médico nadie puede discutir, y también estamos convencidos de que hay que seguir con la formación del médico, del médico de familia, del médico de medicina general y del médico pediatra en los cuidados paliativos.

Como médico he tenido varios pacientes en cuidados paliativos que siempre se los llevé yo, con teléfonos abiertos, haciendo buena consulta y con buenos resultados. El bien morir es un derecho de todos: los médicos y las instituciones tenemos la obligación de que eso se cumpla.

Los cuidados paliativos se están apoyando mucho en lo que es la internación domiciliaria. En la próxima rendición de cuentas va mucho recurso para ello -podemos decir que prácticamente su mayoría-, para poder seguir avanzando en una institución tan grande y compleja como es ASSE, para poder ir abarcando la mayor parte de los puntos con atención domiciliaria. Pero, obviamente, como en muchas otras áreas que tiene la institución, seguimos trabajando con los cuidados paliativos.

En cuanto a la conformación, la selección de todos los miembros fue estudiada por la gerencia, fue elevada al directorio y en el directorio se estudiaron los antecedentes de todas las personas que la van a integrar y la consideramos justa. Estas son las personas que hemos terminado de seleccionar.

Me gustaría darle la palabra al doctor Henderson, señor presidenta, para que se refiera mejor al tema.

SEÑOR HENDERSON (Eduardo).- En primer lugar, esto surge de la gerencia asistencial, la que nos hace la propuesta de los nombres. Al inicio, los miembros eran solo médicos, de mucho renombre. Realmente, creo que no tenemos que presentar al doctor Guido Berro; al doctor Kasdorf, en la parte de oncología; a la doctora Delia Sánchez, quien dirigió la Comisión de Bioética de la Facultad de Medicina; al doctor Justo

Alonso, como ginecólogo exgrado 5 de la Facultad de Medicina, ni al doctor Daniel Alonso, que fue subdirector del Hospital de Clínicas, y nos parecía que nos faltaba la parte de usuarios.

(Interrupciones)

—Claro, esa es la ley.

Justamente, yo hice el curso de bioética con el BPS y una de las cosas que se pide es que los médicos no tengan un vínculo y, sobre todo, que no tengan un cargo jerárquico con ASSE. Por lo tanto, seleccionamos todas aquellas personas que no tuvieran un vínculo laboral de ningún tipo con ASSE para no estar expuestas a ningún tipo de presión y sean totalmente independientes.

En segundo lugar, no tienen un nivel dentro del organigrama de ASSE; están absolutamente por fuera; nos asesoran ante nuestros planteos. Hoy, por ejemplo, en la primera reunión, uno de los temas que ellos plantearon fue el tema de la eutanasia. Por otro lado, nosotros queremos plantear si es a ellos que les corresponde el tema de proyectos de investigación o ellos van a querer, a su vez, solicitar otro tipo de comisión que se encargue de los proyectos de investigación.

Los dos usuarios que no fueron presentados son de ASSE -no recuerdo los nombres en este momento; voy a transmitirles la información tal como me la proporcionaron; uno de ellos es de Canelones y está vinculado al área de derechos humanos, cosa que nos pareció realmente muy importante. La gerencia asistencial hizo eso, nosotros hicimos esa corrección y esa fue la integración que le dimos. Nos pidieron para comenzar hoy a las 18 y 30 porque es el horario en que todos pueden. Lo único que vamos hacer es recibirlos, darles la bienvenida y que ellos trabajen con la independencia que marca la normativa.

SEÑORA PRESIDENTA.- Está perfecto; solo queríamos saber quiénes habían presentado los nombres de los usuarios. Usted me dice que fue la gerencia asistencial.

Le agradecemos muchísimo al directorio de ASSE, su comparecencia y sus aportes. Por supuesto que la Secretaría administrativa les va a remitir la versión taquigráfica y, de igual forma, si el directorio las requiriera, las versiones taquigráficas de todas las delegaciones que hemos recibido, en particular, por este proyecto -porque son los aportes, las observaciones y los cuestionamientos que han nutrido la posibilidad que lleguemos a acuerdos que, eventualmente, permitirán aprobar este proyecto de ley-, más allá de que son públicas.

Muchísimas gracias.

(Se retira la delegación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado)

SEÑORA PRESIDENTA.- Tenemos dos temas importantes.

El primero es que la Secretaría recibió una comunicación de la Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración solicitando una posición o que informáramos sobre el proyecto que presentó el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Desarrollo Social. Informalmente, mi respuesta fue que es muy difícil que lleguemos a un informe por escrito cuando esta Comisión no ha abordado el tema, porque el proyecto no ingresó aquí, sino que solo fuimos invitados la semana pasada a esa comisión. Mi postura sería informar que tenemos la mejor disposición, pero nosotros no recibimos formalmente el proyecto, no se trabajó en forma integrada en la comisiones, sino que solo fuimos invitados y los que pudieron ir asistieron y otros no. Por lo tanto, si se necesita dar una posición, deberíamos contar con la distribución del proyecto y con un

tiempo de discusión, que no sé si es posible. Capaz que cada uno hace un informe o dos; lo dejo planteado.

El otro tema es que me gustaría que pudiéramos dedicarle unos minutos, rápidamente, a ajustar un poco la agenda, sobre todo la semana que viene, que hay unas actividades en el Parlamento y, por lo tanto, será complejo sesionar.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- En realidad, me parece que no corresponde a esta Comisión hacer un informe.

Coincido con usted plenamente: es un proyecto que no ingresó formalmente a nuestra Comisión ni fuimos citados formalmente a trabajar en forma integrada, sino que simplemente tuvieron la cortesía de invitarnos a la comisión. En la primera reunión, concurrimos con la señora diputada Lustemberg, porque incluso teníamos agendas paralelas en las comisiones; en la segunda reunión, pudimos participar todos, pero en realidad fue, así lo tomé desde un primer momento, meramente como algo informativo para saber qué trabajo estaba haciendo la Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración. Nosotros, como Comisión de Salud Pública, nos caracterizamos por que cuando hacemos un informe es sobre la base de un estudio de los proyectos y sabemos también que nos tomamos los tiempos pertinentes para poder hacerlo. Si mal no recuerdo, el plazo para hacer el informe era hasta el día 8; las prioridades legislativas de esta Comisión son otras, aunque reconocemos la importancia del tema, reconocemos que hay que dar una solución a la problemática, pero para eso tendríamos que estudiarlo con profundidad. Por eso, no corresponde por parte de esta Comisión hacer un informe. No sé si es viable que en algún momento desde la Comisión de Constitución se mande el proyecto de manera formal, cosa que no se ha hecho. Quizás tengan esa iniciativa para mandar una consulta desde el punto de vista formal, sabiendo también que los plazos no pueden ser tan acotados. Entiendo que no correspondería hacerlo por nuestra parte, que sí fuimos a informarnos, que fuimos a recibir la información como base para poder seguir estudiando el tema, pero no lo hemos hecho en forma corporativa desde el análisis de la Comisión.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Simplemente, para ratificar totalmente lo que usted dijo, presidenta, y lo que acaba de decir la señora diputada Reisch: es un tema complejo. Lo hemos discutido mucho en esta comisión, por otros proyectos, pero básicamente es un tema importante. Creo que fue por error a la Comisión de Constitución, porque pensaban que era un tema de inconstitucionalidad de la ley, pero es un tema netamente sanitario y social. Entonces, como bien dijo la diputada Reisch y la presidenta, necesitaríamos tener el proyecto, discutirlo, analizarlo, estudiarlo seriamente y para eso hay dos opciones: la integración de las dos comisiones, trabajar en conjunto, o el traslado del tema a la Comisión de Salud Pública; ambas requieren la anuencia del pleno. El problema es político, ya que había urgencia para tratar este tema, pues estamos en invierno, por lo cual se iba a votar en el día de ayer y por acuerdos políticos se trasladó para la semana que viene. Por lo tanto, no creo que esta Comisión pueda incidir en algo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si ustedes están de acuerdo, solicitaría a Secretaría que haga la comunicación correspondiente a la Comisión, dejando en claro la mejor disposición para abordar el tema, pero que eso implicaría recibir formalmente el proyecto, es decir, que se nos envíe, o que se solicite la integración de las comisiones. Y todo esto requiere tiempo, por la seriedad del tema que se está abordando.

(Diálogos)

—Claro, y voluntad política para que, efectivamente, la Comisión de Salud Pública disponga de los tiempos para estudiar el tema.

¿Estamos de acuerdo?

(Apoyados)

—Perfecto.

A continuación, pasamos a definir la agenda.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—Se ha ajustado la agenda de las delegaciones a recibir, en virtud de obligaciones que tiene el Parlamento nacional, pero también de la disponibilidad de los legisladores.

Por lo tanto, está confirmada la participación del Colegio Médico el martes 14, a la hora 12 y 30. A la hora 14, habrá Asamblea General; por lo tanto, la Comisión acaba de resolver sesionar de forma extraordinaria entre las horas 11 y 12 y 30, convocando a la Cátedra de Derecho Penal, a Femi o a Fepremi, en función de su disponibilidad.

El miércoles 15 está suspendida la sesión de la Comisión porque hay sesión extraordinaria de la Cámara a partir de la hora 10, por lo cual, más allá de que podamos realizar una sesión extraordinaria, se corre la agenda y la Universidad de Montevideo y la Universidad Católica quedarían convocadas para el martes 5 de julio.

La semana próxima traeremos una propuesta de sesión extraordinaria que, eventualmente, pueda reunir las posibilidades de todos, y ahí estaríamos, en todo caso, volviendo a ajustar la agenda.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

(Ingresa a sala una delegación de la Comisión de Bioética de la Academia Nacional de Medicina)

—Les damos la bienvenida a los integrantes de la Comisión de Bioética de la Academia Nacional de Medicina, doctores Guido Berro, Humberto Correa, Álvaro Díaz Berenguer y José Perrier. Agradecemos su comparecencia.

La Comisión de Salud Pública está abordando dos iniciativas vinculadas a la regulación y consagración de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Estamos recibiendo a diversas organizaciones e instituciones públicas, privadas y también de la sociedad civil.

En ese sentido, se solicitó a la Comisión Administrativa que les remitiera ambos proyectos, porque ya habíamos tenido, la posibilidad de recibir al doctor Guido Berro, en representación de otra institución. Por lo tanto, la dinámica sería recibir de ustedes la valoración, el estudio, su eventual posición, si es que ya ha llegado a la Academia, y después tener un tiempo para las preguntas de los legisladores e intercambiar.

SEÑOR BERRO (Guido).- La Academia Nacional de Medicina se siente honrada por haber sido reconocida para esta instancia de consultas.

Su ley de fundación y su Estatuto establecen, justamente, este rol de poder ser consultados en aspectos médicos, de ética médica.

Nosotros funcionamos con distintas comisiones y un plenario, que es el soberano. El plenario todavía no tomó posición respecto al tema y sabemos que no hay unanimidad en las posiciones. Hemos funcionado en la Comisión de Bioética desde hace ya un buen tiempo -como dos años- en este tema, y, aún en la Comisión de Bioética, me arriesgo a

decir que no hay total unanimidad, hay matices. Por lo tanto, los pudimos agrupar en dos posiciones, que no son polares, no son diametralmente opuestas, pero hay matices importantes.

SEÑOR PERRIER (José).- Lo voy a leer para ser más preciso: "POSICIÓN A ante el paciente y el médico en situaciones críticas al final de la vida.

1.- Autonomía de los individuos. Todas las personas son libres y disfrutan de la mayor autonomía para tomar decisiones sobre su vida (siempre que no dañe a terceros) y sobre su muerte (si está en condiciones de hacerlo). En estas decisiones no debe ser presionado por persona alguna ya sea vinculada afectivamente o con otra clase de influencia potencial. Naturalmente eso no inhibe de diálogos referentes a sus decisiones, basados en la confianza o en la amistad que sean necesarios y promovidos por el interesado.

2.- Deberes, actitudes y derechos de los médicos ante consultas de pacientes portadores de enfermedades graves, incurables y mortales a corto o mediano plazo y que causan grandes sufrimientos.

2.1. El médico debe responder a pedidos de asistencia de las otras personas aplicando para ello sus conocimientos y habilidades técnicas y su postura respetuosa y humana con la mayor competencia que le sea posible (salvo impedimentos especiales).

2.2. En el caso de que le sea requerida al médico la asistencia por un paciente portador de una enfermedad muy grave, incurable, para la cual se han empleado sin éxito todos los recursos curativos adecuados, que lo llevará a la muerte en plazo próximo o mediano y que le ocasionan sufrimientos duraderos de gran intensidad debe asistirlo con la mayor diligencia y altruismo.

2.3. Debe recibir al paciente con el mayor respeto y empatía posible, escuchar su narración y responder sus preguntas aclarándole lo que quiere saber y al mismo tiempo ayudándolo para que pueda ver en forma clara qué es lo que desea realmente con respecto a sí mismo, pero sin presionarlo ni inducirlo.

2.4. Si el paciente solicita practicar eutanasia, el médico debe ofrecerle la posibilidad de tratamiento paliativo y hacerle ver bien las ventajas de esta metodología que se destaca por ser expresión de la fraternidad y compasión humana y que tiene buenos resultados en muchísimas personas. Nunca debe ofrecer eutanasia.

3.- Los adelantos científicos de la medicina han desarrollado la especialidad de Medicina Paliativa, de progresivo crecimiento en nuestro país, cuyo objetivo es, a través de un equipo multidisciplinario, la atención íntegra y activa de personas de todas las edades con sufrimiento grave por una enfermedad severa, y especialmente de aquellos que están cerca del final de la vida ayudándolos a transitar esta etapa evitando tratamientos innecesarios y adecuando los disponibles en forma progresiva y conforme a la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas enfermas, sus familias y sus cuidadores. Por lo tanto, se debe insistir en que, a través de la ley y la dotación de los recursos necesarios, se cree un Sistema Nacional de Cuidados Paliativos, de cumplimiento obligatorio y generalizado para todo el Servicio Nacional Integrado de Salud que, además de ofrecer cuidados paliativos al final de la vida, considere todos los aspectos sociales necesarios para brindar la mejor asistencia a los que tienen una enfermedad psíquica u orgánica que les genere sufrimiento insoportable o una severa limitación de sus capacidades. Es una responsabilidad social brindar ese tipo de asistencia y evitar que alguien pueda solicitar finalizar su vida por la ausencia de apoyo y recursos sociales o sanitarios.

4.- Es fundamental diferenciar la eutanasia de la sedación paliativa o agónica.

4.1 Eutanasia: consiste en la provocación intencionada de la muerte por parte de un médico a petición expresa y reiterada de una persona que padece una enfermedad irreversible, terminal, causante de sufrimiento inaceptable no pasible de tratamientos pertinentes.

4.2 El auxilio al suicidio: consiste en la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de una persona que se encuentra en determinadas condiciones establecidas por una ley y a quien le proporciona los fármacos necesarios para que ella misma se los administre.

4.3.- La sedación paliativa es una etapa dentro de la adecuación del esfuerzo terapéutico. Cuando se llega al final de la vida con una enfermedad avanzada incurable, con síntomas refractarios al tratamiento, entre ellos el sufrimiento incontrolable o en situación de agonía, se recurre a la sedación paliativa, previo consentimiento del enfermo. Consiste en retirar o no instaurar determinados tratamientos, a la vez que se administran otros en calidad y dosis capaces de provocar una disminución deliberada de la conciencia de la persona enferma, capaces de evitar un sufrimiento insostenible que no se puede controlar de otra forma.

El objetivo no es provocar la muerte del enfermo, sino evitar su sufrimiento y permitir que llegue al final de la vida en forma tranquila, aun sabiendo que algunos de esos medicamentos pueden acelerarla.

Es de buena práctica clínica indicarla oportunamente y es un criterio de calidad asistencial.

5.- Se reconoce que es un derecho de toda persona poder llegar al fin de su vida, siempre que sea posible, con dignidad. Ello implica que la muerte no sea acelerada intencionalmente por el médico, ni retrasada por el empleo empecinado de tratamientos inútiles o desproporcionados. A su vez, de forma esencial, que tenga la posibilidad de elegir dónde morir, quién o quiénes lo acompañarán, con la adecuada y eficaz paliación de los dolores físicos y de sus estados psicoemocionales, y satisfechas sus necesidades espirituales, si las tuviera. Si el paciente rechaza la oferta paliativa y sigue solicitando la práctica de la eutanasia, una ley podría determinar quiénes y con qué plan de drogas satisfarán su deseo, ya que se considera que el médico no debería administrarlas para causar la muerte de un paciente, puesto que hacerlo no es propiamente un acto médico.

6.- En coherencia con todo lo antes expuesto, compartimos el contenido de la Declaración de la Asamblea Médica Mundial que, en su resolución de la 70 Asamblea Mundial de octubre de 2019, dice textualmente:

'La Asociación Médica Mundial reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica.

Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de este. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte'.

Esta resolución es plenamente coincidente con el Código de Ética Médica en Uruguay, que en su artículo 46 dice: 'La eutanasia activa, entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión'.

SEÑOR BERRO (Guido).- Esa es una de las posiciones; no es unánime.

Con respecto al proyecto de ley, planteamos que una ley de eutanasia debería decir cómo hacerse y quién la haría. Nos hemos cuestionado -como bien lo dijo el doctor Perrier- si es realmente una función médica o un acto médico.

Hay otra posición. Pienso que el doctor Correa y el doctor Díaz Berenguer la van a plantear.

SEÑOR DÍAZ BERENGUER (Álvaro).- Buenas tardes; gracias por la invitación.

Nosotros pertenecemos a la Comisión de Bioética de la Academia y como ven, tenemos diferencias. No nos pusimos a plantear el proyecto de ley en sí, sino la eutanasia, y eso fue, desde el punto de vista ético, lo fundamental para la Comisión.

Como van a ver, esta posición tiene un tronco común y luego diverge; va a ser corta.

Con relación a la autonomía de los individuos, todas las personas son libres y disfrutan de la mayor autonomía para tomar decisiones sobre su vida, siempre que no dañen a terceros, y sobre su muerte, si están en condiciones de hacerlo. En esas decisiones no deben ser presionados por persona alguna, ya sea vinculada afectivamente, o con otra clase de influencia potencial.

Naturalmente, eso no inhibe de diálogos referentes a sus decisiones basados en la confianza o en la amistad, que sean necesitados y promovidos por el interesado.

En cuanto a los deberes, actitudes y derechos de los médicos ante consultas de pacientes portadores de enfermedades graves, incurables y mortales a corto o mediano plazo, y que causan grandes sufrimientos, el médico debe responder a pedidos de asistencia, aplicando para ello sus conocimientos y habilidades técnicas y su postura respetuosa y humana con la mayor competencia que le sea posible -salvo impedimentos especiales-, evitando todo tipo de sufrimiento.

En el caso de que le sea requerida al médico la asistencia por un paciente portador de una enfermedad muy grave, incurable, para la que se han empleado sin éxito todos los recursos curativos adecuados, y que lo llevará a la muerte en plazo próximo o mediano ocasionándole sufrimientos duraderos de gran intensidad, debe asistirlo con la mayor diligencia y altruismo.

Debe atender al paciente con el mayor respeto y empatía posible, escuchar su narración y responder a sus preguntas, aclarándole todo lo que quiere saber y, al mismo tiempo, ayudándolo en un clima de confianza mutua, para que pueda ver en forma clara y decidir lo que desea realmente con respecto a sí mismo, pero siempre sin presionarlo ni inducirlo.

Si el paciente le solicita la eutanasia como forma de evitar su sufrimiento, el médico debe ofrecerle primero la posibilidad de un tratamiento paliativo y hacerle ver bien las ventajas de esta metodología que se destaca por ser expresión de la fraternidad y compasión humana y tiene buenos resultados en la amplia mayoría de las personas, por lo que muchos suelen abandonar el deseo de morir.

El médico nunca debe ofrecer eutanasia.

Si el paciente rechaza la solución paliativa o entiende que no ha podido evitar su sufrimiento y persiste en solicitar la práctica de la eutanasia y una ley nacional, así como también el Código de Ética Médica lo autoriza en determinadas condiciones que son cumplidas por el caso en cuestión, se le facilitarán los medios para que cumpla su deseo.

Aunque una ley autorizara la práctica de la eutanasia, los médicos no están obligados a ser ejecutores, y si sus convicciones son contrarias a ella, seguirán manteniendo la misma relación empática con el paciente, pero lo deberán dirigir a quienes sean afines a este método.

Con respecto a la autorización de la práctica de la eutanasia *per se*, independientemente de las circunstancias y condiciones, no existe, como se ve, unanimidad de opiniones en el cuerpo médico nacional ni a favor ni en contra.

SEÑOR BERRO (Guido).- Creo que quedó muy claro, pero me permito expresar que, hasta el quinto punto, el acuerdo es unánime; luego, cuando el paciente rechaza los cuidados paliativos e insiste con la eutanasia, aparece una cierta divergencia entre los propios integrantes del Comité de Bioética.

SEÑOR CORREA (Humberto).- La diferencia está en que, pasadas todas esas etapas y cumplidas todas las condiciones para que el paciente pueda solicitar la eutanasia según la ley, hay un grupo que igual se opone y otro que dice que puede hacerse pero que el médico puede rechazar hacerla personalmente si su convicción no se lo permite, pudiendo derivarla a otros médicos que estén afines. Ese sería el resumen.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Agradezco especialmente la comparecencia de tan prestigiosos doctores y profesores.

Voy a hacer las preguntas que me surgen sobre lo que han informado hoy.

Dado que se ha hecho mucho hincapié en que las dos opiniones o informes establecen que la primera respuesta de los médicos debe ser la de cuidados paliativos porque, entre otras cosas, se reconoce que en la mayoría de los casos logran revertir una decisión preliminar del paciente de pedir la muerte -lo que queda claro es que lo que está pidiendo es no sufrir, y si se le alivia, eso se revierte-, quisiera saber si la Academia entiende oportuno a todos los efectos -lo dejo amplio- esperar a que se apruebe una ley integral de cuidados paliativos que la misma sociedad médica de cuidados paliativos ha sugerido, que tiene media sanción en la Cámara de Diputados y está en el Senado. La pregunta concreta es si no sería oportuno, a todos los efectos, que se tenga una aprobación de esa ley en primera instancia. ¿No sería conveniente dar un plazo mínimo razonable para que las mutualistas, el Ministerio de Salud Pública y ASSE puedan implementar esa ley? De alguna forma, se podría hacer efectivo lo que los informes de la Academia están proponiendo. Es decir, no podemos ser tan deshonestos -no lo somos- de proponer una respuesta paliativa cuando hoy el 50% -según los estudios del Ministerio de Salud Pública- no accede a ella; sería simplemente una formalidad ofrecer algo que no se tiene. ¿No sería oportuno esperar esa aprobación que está con media sanción?

Por otra parte, veo que los dos informes de la Academia han hecho mucho hincapié en el libre consentimiento del paciente. Todos sabemos que más allá de la coacción interna existe una coacción externa que está comprobada por estudios en varias partes del mundo. ¿La Academia no ha pensado en cuáles serían las mejores fórmulas para prevenir y evitar esos vicios de consentimiento en una situación tan delicada e irreversible?

Se ha propuesto aquí, por parte de otras delegaciones, un comité de garantía previo -posteriormente ya va a ser medio complicado- que incluya para esos vicios de

consentimiento un siquiatra, un paliativista -para asegurarnos realmente de qué estamos hablando, porque hemos comprobado que, lamentablemente, muchos médicos no saben bien qué significa una asistencia paliativa- y, por qué no, un bioeticista, que en estas cosas ayuda mucho. Ayer un hijo me preguntó si la situación de un familiar cercano era contraria a la ética o no. Creo que la bioética, que algunos consideran lejana, no lo es tanto, porque gente de la calle pregunta si esos temas se corresponden o no con determinadas prácticas médicas.

Escuché que la eutanasia no es un acto médico. ¿Qué efectos tiene? Soy abogado y no termino de entender los efectos prácticos de que la eutanasia no sea un acto médico. No es la primera vez que lo escucho pero aprovecho que ustedes lo han dicho para encontrar su explicación.

La cuarta pregunta tiene que ver con si esa declaración de la Asociación Médica Mundial -yo la he repetido y ayer me decían que estaba atrasada- que acaba de leer el doctor Perrier sigue afirmando que la eutanasia es contraria a la ética médica o hay una que es distinta, como se me sugirió ayer.

Otra pregunta muy importante para la Academia -aprovechando la presencia de los profesores que de esto saben bastante y, tal vez, como nadie- es que uno de los proyectos propone declarar muerte natural cuando ha ocurrido por eutanasia. ¿La Academia entiende que está bien que se la registre como muerte natural o que no es esa la solución adecuada o correcta?

Con respecto al Código de Ética a que se ha hecho referencia aquí, ¿entienden que una eventual modificación debería hacerla el propio colectivo médico o que es aceptable -desde la perspectiva que desee la Academia- que lo pueda hacer el Parlamento sin consulta del colectivo? Si no fuera la Academia Nacional de Medicina y fuera la academia nacional de otra cosa, haría la misma pregunta sobre si un Parlamento puede modificar un código de ética de un colectivo sin su consulta.

Finalmente -este es un tema muy profundo que luego me gustaría que me lo contestaran-, de acuerdo con los principios bioéticos, si por ejemplo entra en conflicto uno de los informes de la Academia, ¿cuál sería el fundamento para priorizar el principio de autonomía y no el de beneficencia?

Espero que tengamos tiempo para reflexionar con la profundidad y serenidad que este tema merece; si no, lo haremos cuando puedan, y si se vota antes, nos perderemos su informe.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En primer lugar, quiero agradecer a la delegación de la Academia. Es siempre un gusto y un honor conversar, y más sobre este tema en el que, si bien los médicos tenemos mucho que ver, no implica que tengamos que decidir; lo hará la sociedad en su conjunto.

En uno de los proyectos planteamos como un derecho de dignidad que ese paciente que realmente está sufriendo, que ya pasó por todas las etapas -como bien ustedes han dicho en los dos informes-, tenga la autonomía de decidir poner fin a su vida. Ese es el espíritu con el que encaramos este tema.

En el doble rol de ser legislador y médico, hemos vivido situaciones en las que realmente los cuidados paliativos -aunque cumplen y seguirán cumpliendo, y trabajaremos para que se desarrollen como se debe- ya no son o no alcanzan, por ejemplo en el caso de un paciente cuadripléjico. Cuando nosotros concebimos esto, lo hicimos para tres grandes patologías o enfermedades: el cáncer en su etapa terminal, cuando ya no hay expectativa de vida y se pasó por todas las etapas diagnósticas de

tratamiento; enfermedades neurodegenerativas como la ELA -hemos visto a muchos pacientes en Uruguay y en el mundo que solicitan la eutanasia en determinadas circunstancias del transcurso de la enfermedad, por ejemplo cuando saben que no van a poder tragar, incluso estando bajo cuidados paliativos de excelencia- ; y la tercera, que para mí fue la más difícil de adoptar, que es la cuadriplejía.

Yo diría que el 99 % de las eutanasias se vinculan con esas patologías: personas mayores de edad, síquicamente aptas y con todas las garantías. Nuestro proyecto brinda las máximas garantías al paciente y también da garantías al médico. No todos los médicos pensamos igual, y lo que a ustedes les pasa en la Academia, le pasa a la sociedad uruguaya: la mitad está a favor y la mitad en contra; la mitad del Parlamento está a favor y la mitad en contra; en el Sindicato Médico sucede lo mismo, en FEMI lo mismo y en la Academia lo mismo. No podía ser de otra manera; que vinieran con una posición unánime, sería ilógico.

En ese sentido, vamos a recoger muchas de las opiniones. Obviamente, no va a dar el tiempo para contestar una serie de preguntas, pero sí las pedimos por escrito, porque va a ser muy importante su opinión.

Para terminar, quiero reflexionar acerca del artículo 46 del Código de Ética. El primer error fue haber puesto el Código de Ética en una ley. Creo que debemos ser uno de los pocos países del mundo que tiene un código de ética en una ley. Prácticamente no existe, porque la evolución científica y los adelantos científicos cambian tan rápidamente que el código tendrá que ir adaptándose. Entonces, un código hecho hace muchísimos años y puesto en ley, obviamente requiere modificaciones. Por ejemplo, al capítulo genético hay que modificarlo todo, pero además, dentro del Código hay incongruencias gravísimas. El artículo 46 habla de la eutanasia, de la omisión, y el artículo 49 dice que el médico respetará la voluntad del paciente. Entonces, ¿cómo explicamos eso?

Desde el punto de vista parlamentario, si hacemos una ley de eutanasia debemos derogar el artículo 46 para dar tranquilidad y transparencia al médico, porque sería impropio crear una ley que habilita la eutanasia teniendo una ley vigente que la prohíbe; ningún médico podría practicarla, porque nadie quiere perder el título. Es con ese espíritu que lo planteamos, no con el de vulnerar los derechos del médico.

La otra reflexión que nosotros hacemos es que un colectivo médico no está por arriba de la sociedad. Los legisladores tenemos la responsabilidad de legislar en general. ¿Qué pasaría -les pregunto a ustedes que son académicos- si el Colegio Médico hiciera un plebiscito y ganara por un voto la posición de no a la eutanasia y tenemos a toda, o a gran parte la sociedad, reclamando? ¿Los parlamentarios no podríamos legislar en ese aspecto? ¿Seríamos rehenes de la opinión de un colectivo? Me parece que no, porque este no es un tema médico; es un tema de la sociedad y de sus derechos. Creo que hay que reflexionar y preguntar por ese lado.

Repito que para mí fue muy difícil legislar en este tema por tener el rol de médico. Para mí la cuestión, de aquí hasta que se apruebe o no la ley, estará en achicar los grises. Tenemos blanco y negro; tenemos a los que no quieren y a los que quieren liberar la eutanasia. Yo estoy en el medio; yo quiero achicar esas posibilidades. Es muy difícil, porque siempre el médico se va a encontrar con situaciones límite. Esos grises son los que nosotros pretendemos achicar. Es en ese sentido que pensamos que este proyecto de ley es muy importante.

(Ocupa la Presidencia el señor representante Alfredo de Mattos)

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Quiero agradecer la presencia de ustedes, lo que representan desde la Academia Nacional.

(Ocupa la Presidencia la señora representante Lucía Etcheverry Lima)

Como decía el diputado Gallo, hoy tenemos la responsabilidad, más allá de que tenemos la profesión médica en nuestra esencia, de legislar cuando la ciudadanía se expresa con los cambios culturales y antropológicos que tiene, para tratar de lograr el mejor consenso y escuche. Por eso, desde esta Comisión, estamos escuchando opiniones en un tema tan sensible como la eutanasia, desde el acompañamiento de las personas cuando toman esa decisión ante un sufrimiento irreversible e intolerable hasta la garantía de todas las condiciones por parte de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con la asistencia médica correspondiente. Por eso, que se contraponga el proyecto de cuidados paliativos con este, desde nuestra opinión, no es adecuado por la concepción que tienen los dos temas; uno puede ser colaborativo del otro en cuanto a dar la mejor garantía a los derechos de los pacientes.

Antes que ustedes, vino el directorio de ASSE y trabajamos en este contexto: cómo ASSE está desarrollando la proyección de garantizar los cuidados paliativos cuando sabemos hoy, como dijo el diputado Goñi, las dificultades que hay en el pleno ejercicio en el Uruguay, pese a los avances que hay desde el año 2013 hasta acá, sobre todo, en la extensión. Ese es el desafío de quien tiene la responsabilidad de gobernar, de seguir ejerciendo un derecho que está garantizado por parte del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Hoy a nosotros nos interesa escuchar las opiniones de ustedes y nosotros después, por supuesto, vamos a tratar de lograr consenso. Saben que estamos abordando el trabajo sobre un proyecto unificado que presentó el señor diputado Ope Pasquet, que estaba vinculado a la despenalización del acto médico, y tenemos una propuesta desde la bancada del Frente Amplio sobre la perspectiva vinculada a todos los derechos que pueden tener las personas, lo cual debe contar con las máximas garantías. Quiero decir: la ley debe dar las máximas garantías, no solamente en el ejercicio del acto médico, con su despenalización, sino también desde los derechos que tienen las personas y que deben ser respetados como parte de una prestación desde el Sistema Nacional Integrado de Salud, dejando de lado nuestras concepciones filosóficas y personales, ya que más que nada debe considerarse el derecho de las personas, tal como ya dije.

Les agradezco.

SEÑOR BERRO (Guido).- La primera aclaración que quiero realizar, que me parece que es común a los cuatro, es que la Academia no ha tomado posición en los tópicos que nos preguntan los representantes Goñi, Gallo y Lustemberg, pero podemos decir alguna cosa a título personal...

SEÑOR CORREA (Humberto).- En realidad, los cuatro hemos meditado sobre todas las preguntas que se nos han hecho, sobre todas, mucho, pero lo que ocurre es que si nos ponemos a contestar en este momento vamos a reeditar la discusión que tuvimos durante tres meses en el Comité de Bioética de la Academia, porque en él fue que vertimos nuestras opiniones en forma franca, pero sólida, cada uno defendiéndolas bien. Es claro que los cuatro tenemos distintas opiniones de este tema tan delicado e importante y que compete a toda la ciudadanía, pero incluye a la medicina, y más a la ciudadanía.

En definitiva, si contestamos, vamos a reeditar nuestra discusión, porque la Academia no se ha pronunciado sobre ninguno de los puntos que preguntó el representante Goñi. Por esta razón, no podemos dar la opinión de la Academia; serían cuatro opiniones y pienso que, quizás, no sea práctico. Creo que después de que la Academia se pronuncie -quizás sea esta semana o la que viene-, si nos convocan,

podemos venir personalmente y contestar con nuestro pensamiento, porque la Academia puede contestar con lo que ella resuma, cosa que no sucedió todavía.

Eso quería decir.

Gracias.

SEÑOR BERRO (Guido).- Simplemente, dije que podía contestar, a título personal, aquellas cosas que me parece que no son discutibles como, por ejemplo, si la Asociación Médica Mundial emitió algún nuevo comunicado o no. Arriesgo otra: en lo que tiene que ver con el sistema de cuidados paliativos -lo decimos en el propio documento que trajimos- hay acuerdos. Es decir, si en eutanasia puede haber dos o varias opiniones, en cuidados paliativos me arriesgo a decir que no hay distintas opiniones, sino que estamos todos de acuerdo. Digamos -como lo expresa el propio documento-: la calidad de la atención médica al final de la vida no la discutimos y estamos a favor de un sistema de cuidados paliativos. Creo que la última declaración de la Asociación Médica Mundial es la de 2019, si Perrier no me corrige, ya que él hace una búsqueda de todo eso.

Entonces, si bien la Academia no emitió opinión, hay cosas que podemos decir a título personal, invocando generalidades. Por ejemplo, la ley de creación del Colegio Médico del Uruguay establece cómo modificar el Código, cómo se estableció como ley y cómo modificarlo. Entonces, le podría decir al doctor Gallo que es un Código de Ética y si la ética dice "No a la eutanasia", puede haber una ley que diga "Sí", porque son campos distintos. Esas cosas son las que podría decir, porque me parece que no hay mayor discusión.

Con respecto a la muerte, si bien no lo hemos discutido en la Academia, voy a dar mi opinión porque me salgo de la vaina; tengo cuarenta años certificando muertes. Y lo establece Naciones Unidas; ¿se acuerdan que va A), B) y C)? Bueno, en el A) va a eutanasia y, después, en el B) y en el C) irá la enfermedad que tenía de base. Epidemiológicamente, no pueden disminuir la cantidad de muertes por cáncer de pulmón, etcétera, o no tenerlos en cuenta; o sea, epidemiológicamente se va a tomar la causa básica, la que está en C), pero no hay duda de que se pone en A) una causa de muerte que no es natural, que es la eutanasia; no es natural, es externa. Eso lo digo personalmente; no lo dice la Academia.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Quería decirles, aunque ustedes deben tener experiencia, que cuando nosotros invitamos delegaciones tienen la independencia, por supuesto, de no verter las opiniones que no tienen consensuadas como colectivo; después, cuando ustedes logren consensos o acuerdos o tomen la decisión pertinente pueden hacernos llegar por escrito lo que ustedes consideren, dados los tiempos, porque, a veces, en temas tan profundos no disponemos de los plazos que requeriría su discusión aquí, en sala.

A su vez, como usted decía, profesor Correa, no se trata de replicar en diferentes ámbitos las discusiones que ustedes han tenido.

En definitiva, les quería decir que tienen la opción de enviarnos las respuestas por escrito y, además, de ser convocados bajo otra modalidad a concurrir aquí.

Es importante para nosotros recibir información sobre las cosas que entiendan que hay consenso o sobre aquellas en las que tengan una posición que nos quieran transmitir desde el punto de vista personal. Recogeremos toda la información posible.

SEÑOR DÍAZ BERENGUER (Álvaro).- Comparto completamente la idea que se acaba de dar.

Creo que lo mejor que podríamos hacer nosotros es llevarnos preguntas y responderlas. También tendríamos que ver quiénes son los que vamos a responder esas preguntas, porque acá somos cuatro, pero la Comisión de Bioética es más amplia. Quizás, tal como hicimos con esta pequeña información que les dimos, a propósito de las primeras cosas en que tratamos de ponernos de acuerdo sobre la eutanasia, podríamos responder específicamente las preguntas que ustedes formulen. Seguramente, va a ser en parte a modo personal, porque no va a haber unanimidad de criterios; indudablemente, es así. Creo que los aspectos culturales, la experiencia personal de cada uno de nosotros en el trayecto que hemos tenido como profesionales y nuestras creencias van generando posiciones distintas. En fin, veremos, luego... Si tenemos respuestas comunes a algunas de las preguntas, las contestaremos colectivamente; si no, lo haremos cada uno por su lado.

A mí me parece que muchas de estas preguntas pasaron, y si no pasaron por la comisión, pasaron igual por nuestras cabezas; es decir: nada de esto nos es ajeno.

Solamente les quería decir una cosa que a mí me gusta mucho decir siempre: a partir de la década del sesenta del siglo pasado ocurrió lo que se llama "la rebelión del paciente". El paciente dejó de ser el que era y pasó a tener su propia autonomía y sus propios derechos. Creo que todo esto que estamos ahora discutiendo y hablando tiene que ver, de alguna manera, con eso, con una nueva concepción cultural de la posición de los pacientes

Otra cosa que quisiera decir -me pongo a hablar y no puedo parar, porque me destapan cosas- es que hay un aspecto que se olvida en todo esto: la intimidad de la relación médico- paciente. Esa intimidad debería ser inviolable y muchas cosas de las que se deciden allí son propias de esa relación, y un acto de beneficencia, en ese sentido, va en la medida de una relación que, aunque no puedan creerlo, la eutanasia puede ser un acto de amor. Entonces, desde ese punto de vista, hay cosas a considerar en las que la ley, fríamente, no entra; habría que ver cómo se puede tratar.

No voy a seguir, porque empezamos a discutir nosotros.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay algunos diputados anotados, pero la idea es escuchar a los invitados; así que, si no hay inconveniente, seguimos cediéndoles el uso de la palabra.

SEÑOR BERRO (Guido).- Quisiera contestar un par de cosas que usted preguntaba, señor diputado, a título personal.

Usted preguntaba sobre la comisión, si no entendí mal, de revisión o de garantía y, en lo personal, estoy de acuerdo con que las comisiones de bioética asistencial, por ejemplo, o una comisión especial para esto -no sé- deberían ser prefacto y no postfacto, porque este último ya no tiene vuelta. Así que eso que leí en uno de los proyectos -repito: a título personal- me gustaría que estuviera antes y no después.

Otra cosa que conversábamos con el doctor Perrier, que es motivo de su inquietud, refiere al tema de los tiempos.

SEÑOR PERRIER (José).- Estoy de acuerdo con que, en primer lugar, en los dos proyectos de ley hay una cosa que se soslaya y que es lo más importante a la hora de la toma de la decisión: la relación médico paciente. Además, estoy seguro de que hay médicos que en su relación médico- paciente serían capaces de realizar eutanasia, pero no lo harían para otro paciente. En este aspecto la ley es muy impersonal; es muy difícil de tratar.

En segundo lugar, en el mundo de la medicina hay muchísimas situaciones por las cuales un paciente llega a la muerte; entonces, uno lee la ley y ve que no está reflejada cierta parte de la realidad porque uno, que es médico -yo fui cirujano- sabe que si el paciente está con un sufrimiento intolerable esperar diez o quince días para hacer eutanasia es -para mí- omisión de asistencia. Yo a ese paciente antes le daría sedación analgésica, porque no lo puedo solucionar. Es decir, que diez, quince días me parecen muy razonables para algunas situaciones muy excepcionales en las que el paciente, más que un dolor físico, tiene un sufrimiento psíquico o una intolerancia o una determinada situación de vida, pero no sufrimiento de dolor. El que ha pasado un postoperatorio doloroso sabe lo difícil que es calmar el dolor, aunque se logra. Pero cuando un paciente es terminal yo no esperaría diez o quince días. Entonces, la ley tratando de purificar la situación llevaría, desde mi punto de vista, a omisión de asistencia.

Las leyes son difíciles de hacer; hay otras situaciones en las que es más fácil manejar el asunto.

Sería eso; son hechos puntuales sobre los que no se preguntaron, pero que analizando las leyes a mí me sorprendieron.

SEÑOR CORREA (Humberto).- Quisiera hacer dos aclaraciones.

Primero, en cuanto a lo que dice en este momento el doctor Perrier, lo comparto. Puede parecer radical mi posición, pero no estoy de acuerdo con el plazo; en una situación de extremo sufrimiento no parece lógico que se espere porque una Comisión tiene que reunirse, discutir, pasar para el otro día el asunto, etcétera. Bueno, ya hemos entrado en lo personal.

Creo que, en general, las comisiones que resuelven sobre el destino de las personas, las comisiones instituidas, digamos, no sé si dan resultado; muchas veces creo que están puestas... En fin, no con el objetivo de resolver si la situación es justa.

Además, quiero decir otra cosa. Mis opiniones sobre esto -que las tengo y que no las voy a decir ahora, porque no son de la Academia- están vertidas en un documento que publicó el Claeh en su página web; allí planteo cuáles son mis bases y la consideración de muchos de estos puntos, que están a disposición. Lo digo porque está desde el año pasado y la Academia, digamos, no había optado para eso; por lo tanto, soy libre de decir que está ese documento.

Muchas gracias.

SEÑOR BERRO (Guido).- Una cosa más con respecto a una pregunta del señor diputado Goñi, sobre lo del acto médico, que en una parte del documento ponemos que no sería un acto médico. Por lo menos no es un acto médico clásico que es aquel en el que la medicina se dedica a prevenir, tratar, curar, rehabilitar; la eutanasia no entra en ese sentido. Recuerdo que cuando discutíamos si lo debían hacer los médicos, si era un acto médico o no, invocábamos, por ejemplo, el artículo 37 del Código Penal uruguayo en el que no se habla del médico en el homicidio piadoso; es que piedad pueden sentir otros. Incluso, yo diría que de ese artículo habría que sacar lo de "antecedentes honorables" y, quizás, lo del perdón judicial y poner lo que el juez debería, pero eso es una opinión personal. Me pregunto: ¿por qué solo los médicos? Y, ¿es un acto médico? Nos hemos cuestionado si es un acto médico. No tenemos una definición clara del ejercicio legal de la medicina, como la tienen los argentinos, que cuando hagan el proyecto de ley de eutanasia van a tener que incluir que se cambie la ley que establece qué es el ejercicio legal de la medicina, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación. Si se sancionara una ley en este sentido, tendrán que agregar, primero, la eutanasia en la definición.

Se trata de un sentido ético más que legal, porque legal no encontramos que haya una definición de ejercicio legal de la medicina y un delito de ejercicio ilegal. El Sindicato Médico uruguayo luchó mucho por toda la cuestión de los curanderos y el ejercicio ilegal de la medicina, pero en este tema de la eutanasia recuerden que en la historia del país estaban las despenadoras, que no eran médicas; ellas despenaban a una persona. En ese sentido es que nos cuestionábamos si era o no un acto médico.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero aclarar que tenemos tres diputados registrados para intervenir y también solicitó la palabra el doctor Díaz Berenguer.

(Diálogos)

—Interesantísimo participar de la reunión de la Academia.

El diputado Goñi cede el uso de la palabra.

SEÑOR DÍAZ BERENGUER (Álvaro).- Empezamos a entrar en las contradicciones que tenemos en la propia comisión. Creo que la eutanasia puede no ser un acto médico, pero es un acto médico. ¿Por qué es un acto médico? Porque se tiene que dar, por lo que acababa de decir, en la intimidad de la relación médico- paciente el pedido de eutanasia y, solamente, un médico puede hacerlo. El representante Goñi, dentro de las preguntas, estaba preocupado en cómo se hace para discernir si están influyendo otras cuestiones en el pedido del paciente para que se le aplique la eutanasia, si era por miedo a una bancarrota de la familia, si era por miedo o presión de la familia, si era por... En fin... Hay muchísimas cosas. Quien se mete realmente en ese ámbito, es el médico, y es en la relación médico- paciente y en la confianza mutua que estas cosas se disciernen. Si no hay una relación médico- paciente prolongada, una relación de conocimiento mutuo, es difícil llegar a la eutanasia. Yo creo -yo, personalmente- que solamente puedo hacer eutanasia si tengo esa confianza; jamás, como dice él, haría eutanasia porque alguien me manda un paciente que desconozco. Eso no lo haría jamás. ¡No lo puedo hacer! Solamente lo puedo hacer comprendiendo realmente lo que le pasa al paciente. Y, ¿por qué el médico? Porque quien tiene las herramientas, quien lo viene tratando y quien lo va a seguir tratando, es uno. Por eso pienso que puede ser un acto médico, aunque también pudiera no serlo.

Yo personalmente, y esta no es la posición de la Academia y no es la posición compartida...

(Diálogos)

SEÑORA PRESIDENTA.- Perdón. Es riquísimo, no solo el contenido de lo que están volcando acá, sino también cómo se dio la dinámica, reflejo de que esto en la sociedad trasciende, pero también tenemos que administrar los tiempos y los procedimientos. Tengo al señor diputado Gallo y al señor diputado De Mattos también anotados. Si me permiten, que hablen los diputados y, luego, dejamos un tiempito para el intercambio.

(Diálogos)

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Obviamente que esta discusión, a los que somos médicos, nos apasiona; me imagino que a ustedes les pasará lo mismo, ya que han vivido en la Academia toda la vida estas discusiones; es muy rico escucharlos. Desde ya, yo me ofrezco a ir un día a conversar con ustedes, a sacarme todas las dudas que puedo tener, a los efectos de poder mejorar el proyecto. Como ustedes saben, este es un proyecto que se está trabajando en conjunto, tratando de unificar las dos propuestas. Esa es la intención y queremos mejor mucho la redacción y

los contenidos. Por eso, a nosotros -a título personal estoy hablando- nos gustaría reunirnos con ustedes a los efectos de mejorar lo que hoy tenemos.

Obviamente que la eutanasia no es una muerte natural, pero a los efectos civiles, lo que tiene que ver con las herencias, con los seguros, no sabemos si se puede acceder a estos derechos si ponemos la palabra "eutanasia"; lo que dice específicamente el artículo es que exclusivamente a tales efectos civiles el proceso previsto en la presente norma será considerado muerte natural. De todas maneras, estamos tratando de mejorarlo. Obviamente, los que somos médicos sabemos que no es una muerte natural, pero esto se incluye a los efectos de los derechos civiles que puede dejar tras de sí la persona después de muerta, para que no se pierdan. Porque si vos te suicidás, tus hijos no cobran un seguro, por ejemplo; nosotros no queremos generar problemas al entorno familiar y por ello es que así lo establecemos; ese es el espíritu

De todas formas, si no hay unanimidad a este respecto o no encontramos una redacción adecuada, iremos a cambiar la ley que regula el certificado de defunción y pondremos "eutanasia". No es un problema insalvable.

El otro aspecto en el que quiero hacer énfasis es en el de objeción de conciencia. El concepto de objeción de conciencia de los médicos es muy importante introducirlo. Ahora bien, para que se vayan con información nueva: vamos a cambiar los artículos, porque la idea es introducir los artículos de objeción de conciencia de la voluntad anticipada, ya que son más acordes a la eutanasia que los artículos de la interrupción voluntaria del embarazo. Entonces, estamos trabajando en esa línea.

Después, para terminar, el anecdotario que pueda tener yo, que puedan tener ustedes, es infinito, y cuando el doctor Perrier se refería al plazo de diez días, digo: doctor, todos sabemos, y el proyecto de ley que presentamos lo prevé, que en el caso de que el médico considerara que no puede esperar la segunda solicitud, puede actuar de entrada; está previsto. Si el médico tratante, quien está atendiendo a ese paciente, sabe de la dificultad, y está tratándolo con todas las medidas que hay que tomar, los cuidados paliativos, la analgesia del dolor, pero a pesar de todo el paciente quiere la eutanasia, el médico no va a llegar a la segunda opinión, puede actuar. En ese sentido, estamos tratando de mejorar los tiempos, las calidades.

Para información de ustedes, la ley española, una de las mayores dificultades que tiene -nos comentó la ministra española, que fue la que introdujo esto- es la Comisión de garantía integrada por once miembros; hay estados en los que directamente no hay eutanasia, porque es inviable que una comisión de once personas pueda determinar eso.

Todas estas cosas son aspectos que estamos trabajando a nivel de los que estamos a favor de esto. Por eso el aporte de ustedes va a ser fundamental.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- Lamentablemente, no llegué a tiempo para escucharlos. Buenos días, profe Humberto, Guido Berro, compañero Perrier y el doctor Díaz Berenguer. Circunstancialmente soy diputado, pero soy médico de hace muchísimos años y a todos les digo lo mismo: la primera clase de semiología no la olvidé nunca: "Tenemos que curar las enfermedades que se curan, ayudar a sobrellevar las enfermedades crónicas que tienen tratamiento y, cuando no hay más soluciones, ayudar al bien morir". Y de eso no pudimos salir nunca. Siempre estuvimos tratando, como médicos, de que la gente sobreviva y nos parece un tema difícil de regular, como médicos, el de la eutanasia; es muy complicado para nosotros. De todas formas, como diputado vamos a tratar de ayudar para que salga un proyecto que dé todas las garantías para quien realmente decida hacerlo. Le he comentado a muchos que los que estamos en Tacuarembó y tenemos una relación más próxima con los pacientes, no solo de

cirugía, sino de otras especialidades, vemos que lo que está pasando es que la gente que va envejeciendo, que pierde su capacidad de manejarse autónomamente porque padece algo que no tiene cura y que no tiene solución, que es la vejez, que causa un problema a la familia y se siente con culpa -algo complicado; me ha tocado ver varios casos así, sobre todo gente amiga- está viendo la muerte como solución, como digo, sin tener una enfermedad real, porque les genera mucha angustia y sufrimiento ver que su familia tiene problemas porque debe ocuparse de ellos y afrontar gastos por sus cuidados. Por ejemplo: a mí me parece una cosa tremenda la experiencia de Holanda, por la que por el solo hecho de que una persona firme y pida la eutanasia sin tener enfermedades terminales, sea conducida hacia su fin. Además, existe una comisión que hace una valoración, pero después de que se hace la eutanasia y ahí es que disciernen si hubo un acto de homicidio o se cumplió la eutanasia. Por eso, pienso que algo tenemos que tener, previo, rápido. Estuvo aquí un abogado que propuso que podría ser que se contara con la opinión de un fiscal, un procedimiento rápido, para que informe acerca de si no se trata de un acto criminal

Primero, lo que nos vayan a contestar va a ser para mí un insumo importante a la hora de tomar la decisión en cuanto a la aprobación o no, de mi parte, de este proyecto de ley.

Esperaremos sus respuestas, ya sea las personales o las de la Academia, porque realmente enriquecen, más las que provienen de ustedes, que son profesionales de toda la vida, que han estado dedicados a atender pacientes, pacientes complejos, pacientes de CTI; tenemos aquí al profe Berro, que tuvo que ver lo que va después de la vida. Bueno, bienvenidos sean. Es un honor y un gran placer verles las caras y escucharlos. Ojalá nos envíen las respuestas y podamos estudiarlas.

Muchas gracias.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Es realmente un placer compartir con ustedes esta charla y este pensamiento. Igual que mi colega, soy médico, en vías de retiro, pero todavía estoy ejerciendo.

Voy a ser bien concreto.

Coincido en los dos puntos que manifestó el profesor Guido Berro. En primer lugar, en cuanto a que la eutanasia tiene que figurar en el certificado de defunción. En nuestro país, el certificado de defunción tiene un valor enorme y para, después, llevar una estadística o saber qué pasó con el paciente tiene que figurar en el certificado de defunción.

Con lo otro que también coincido es con que la consulta con una mesa de bioética o con alguien que tenga la institución tiene que ser anterior.

Precisamente, lo que manifestó el doctor Álvaro Díaz Berenguer es lo que a mí me inhibiría de hacer una eutanasia: el acercamiento, el vínculo con ese paciente; por lo menos, así me formé en la Facultad y, desgraciadamente, una vez que a uno le trazan la línea, es difícil torcerla. Eso nos lleva a establecer, en alguna medida, un lazo o un vínculo emocional con ese paciente que estamos acompañando hasta último momento.

Ese mismo problema lo manifestó el profesor que vino de Holanda, que dijo que eran muy pocos los médicos que atendían a sus pacientes y les practicaban la eutanasia; en general lo derivaban a otro colega o a instituciones que se dedicaban solamente a la eutanasia. Hago este planteo, porque ese podría ser, capaz, un punto a tener en cuenta en la redacción de la ley.

Yo lo felicito si usted puede. Yo no puedo; mi formación ha sido así. He hecho muchas veces sedación paliativa, me ha tocado, pero no eutanasia; si establezco un vínculo, yo se lo tendría que derivar a un colega; ese colega me dirá que no porque no conoce el caso. Entonces, en el caso de aprobarse este proyecto, no sé si no tendríamos que plantearnos una institucionalización del método.

Era cuanto quería manifestar.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Las preguntas que hice fueron sobre los puntos coincidentes, precisamente, para esperar, en todo caso, el informe de la Academia.

Capaz que la pregunta sobre el tema de los cuidados paliativos, donde los dos puntos son coincidentes, no quedó clara, por lo que la vuelvo a realizar. En cuanto al tema de los cuidados paliativos, no es lo mismo lo que pasa en muchos lugares del mundo, donde dicen: "Firme acá que lo recibí", y es una mera formalidad. Cuando se hicieron los estudios en algunos países de por qué subió el número de cuidados paliativos, por ejemplo, en Bélgica, fue porque era una formalidad para pedir la eutanasia.

Entonces, como sé que la Academia no está planteando semejante cosa, estoy buscando la mejor fórmula -porque más allá de mi postura contraria, si están los votos, voy a hacer lo imposible para que sea la mejor ley; esa es mi función como legislador y representante de ciudadanos; en esa línea estoy y por eso mi pregunta- para asegurar los cuidados paliativos. ¿Cómo lograrlo? La única forma, según lo que he estado viendo en este tiempo en que he estudiado, es con un paliativista. Es lo que hacen algunas comisiones, que las integre un paliativista. Además, los he visto y están veinticuatro horas del día; por lo tanto, creo que hay paliativistas en Uruguay para que integren esas comisiones y resuelvan en seguida.

El otro punto que es neurálgico para mí es el vicio del consentimiento. ¡Es neurálgico! Yo escucho al doctor Díaz Berenguer y expresa una perspectiva. Mi pregunta va sobre la otra perspectiva: yo no dudo de los médicos, pero el vicio del consentimiento -que me corrija uno que sabe más que yo- es muy importante; si estamos hablando de la autonomía, es libre de vicio de consentimiento.

Como tengo a mi padre, que todos los días me dice: "Viejito, soy una carga para ti", él, que tiene todo y tratamos de estar arriba de él todo el día, me imagino lo que será el vicio del consentimiento para otra cantidad de gente cuando se apruebe. Hoy no está la eutanasia, pero cuando esté, ese vicio de consentimiento se va a poder concretar en una solicitud de eutanasia. Entonces, creo que tenemos que ayudarnos todos y hacia ahí va mi pregunta.

Mi pregunta -ya que después van a hacer los informes- es cómo podemos prevenir los vicios de consentimiento en una situación en la que quien pide la eutanasia -sea por las razones fuera- es porque su consentimiento está, por lo menos, amenazado. Cuando alguien pide la muerte, está en una situación de gran vulnerabilidad. Por eso, prevenir el vicio de consentimiento es tan importante, si queremos hablar de libertad. Ahora, si queremos hablar del derecho, es otra cosa, que no escuché acá. Si queremos hablar de que cualquiera puede pedir la eutanasia, entonces todas estas preguntas más las tiramos al fondo. Si estamos buscando que realmente sea la autonomía el principio que rija una eventual ley de eutanasia, tenemos que dar todas las garantías de que no vamos a matar gente, como sucedería si una persona no tuvo todas las garantías para realmente ejercer su voluntad, sin perjuicio de que yo no esté de acuerdo, pero a eso voy. No es que yo busque otra cosa.

Dado que los dos informes hablan de la autonomía, hay que dar las garantías. ¿Cómo dar las garantías? Son los médicos los que nos pueden ayudar a dar las garantías. Por eso es el esfuerzo, porque todos sabemos que estamos buscando que, en cualquier caso, se brinden las mayores garantías para los pacientes y que no se dé muerte a pacientes que, realmente, ni siquiera se lo plantean.

Traigo esas cuestiones porque, en el fondo, creo que este es un tema que nos atañe a todos

Gracias, presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estamos finalizando la sesión.

Me parece importante subrayar lo siguiente. El procedimiento que ha dado la Comisión para tratar de amplificar el intercambio es dar la posibilidad a las delegaciones de que remitan por escrito, a partir de recibir la versión taquigráfica, las respuestas a las preguntas que hayan quedado formuladas y no se contestaron.

Obviamente, solicitamos ceñirse estrictamente a las preguntas que queden formuladas en la versión taquigráfica, porque por supuesto que, en la medida de que uno avanza en el tratamiento del tema y en la discusión, van surgiendo nuevos temas. Lo digo porque ya veo que ha sido absolutamente movilizador por los planteamientos: llegaron dos posiciones y terminamos en cuatro, y seguramente pueda haber tantas más como integrantes tenga la Academia, lo cual es riquísimo, pero en algún momento uno tiene que tener garantías, sobre todo cuando recibe documentación por escrito, incluso, aclarando esas posibilidades.

Hemos recibido delegaciones oficiales que han traído dos posiciones y han quedado por escrito o, eventualmente, un matiz dentro de una posición, también documentado como corresponde. Obviamente, nada queda escrito en piedra y eso va a quedar en la consideración de quienes coyunturalmente hoy tenemos la responsabilidad, después, de entrar en el debate e incorporar eso.

Hay quienes entendemos que por supuesto los médicos tienen un rol, por las características de la iniciativa, vinculado a una profesión, pero este es un tema de la sociedad en su conjunto, independientemente de las oportunidades que alguien haya tenido de acceder a determinadas cuestiones vocacionales o profesionales: es la sociedad la que define. Yo estoy convencida de que este es un derecho para quienes estén en determinadas condiciones, las cuales debo, efectivamente, tratar de describir en la manera en que lo haga posible, sin burocratizar ni hacer pesar aspectos administrativos ni corporativos respecto a eso, que me parece que es la base de todo: un derecho a adquirir. Y en ese marco se ubica la posibilidad de recibir esas respuestas.

Generalmente, la versión taquigráfica está lista veinticuatro o cuarenta y ocho horas después. Siempre puede haber un más menos, producto de que funcionan todas las comisiones y tenemos al Cuerpo Técnico de Taquigrafía trabajando en todas ellas, pero en cuanto esté pronta, se la remitiremos por correo electrónico, a los efectos de que, con la mayor celeridad, pero también con tiempo -todavía tenemos la primera semana de julio de sesión- puedan remitir la respuesta por escrito, con las aclaraciones que estimen convenientes, si es una posición de consenso o no.

Lo que vimos acá es parte de la riqueza del intercambio y del debate cuando uno se compromete con los temas.

SEÑOR DÍAZ BERENGUER (Álvaro).- Uno se pone en manos de un médico cuando ingresa a un CTI. ¿Uno empieza a decir: "Esto me sirve, esto no me sirve" estando en riesgo de muerte? No, se pone en las manos del médico y confía en él. ¿Sí o

no? Cuando uno va al médico, ¿de qué depende una buena relación? De la confianza que tenga. ¿Hay alguna otra posibilidad de dejar por escrito en un consentimiento lo que se forja en una relación médico- paciente? Casi todos los consentimientos que hay por ahí son huecos. La única verdad es la relación médico- paciente y la confianza que se logre; no hay otra posibilidad.

Yo sé que siempre -ahora más que nunca- tenemos desconfianza entre todos, porque estamos en una sociedad en la que desconfiamos entre todos, y eso siempre puede aparecer, pero si la relación médico- paciente no se establece sobre la base de una confianza mutua, ¡no puede haber nada, no hay medicina! Y este es un punto crítico de la medicina de hoy.

Hace poquito, en la Facultad de Medicina, logramos abrir una unidad de humanidades médicas. ¿Para qué? Justamente para esto, porque no hay ningún papel que pueda certificar un consentimiento. Yo llegué a proponer que los pacientes tenían que hacer a mano los consentimientos, porque si se llevan un papel para la casa, que no entienden y ya lo traen firmado, ¿qué pasa? Todas las operaciones que se hacen por ahí, la gran mayoría... Miren que yo estoy de acuerdo con el consentimiento informado, pero no estoy de acuerdo con la fórmula. Mis compañeros podrán decir cuál es realmente la eficacia de un consentimiento informado.

(Diálogos)

—Entonces, estoy de acuerdo con lograr un consentimiento informado por escrito, pero creo que lo más importante es garantizar una relación médico- paciente adecuada, en la que el pedido de eutanasia sea bien entendido y donde se pueda separar la paja del trigo.

Yo atendí, ya hace un tiempo, a un viejo profesor, al que quería muchísimo, lleno de metástasis. Lo seguí durante muchísimos años, con sedación, con analgesia, y en determinado momento me dijo: "Álvaro, que esto no dure mucho, ¡eh!". Estaba calmado, pero tenía una falta de aire que era imposible de evitar. Entonces, vamos a la sedación: lo sacamos de ambiente; no lo matamos, pero lo sacamos de ambiente. Pero hete aquí que la definición de muerte hoy en día es la conciencia. ¿Dónde muere el individuo al que yo saco de ambiente y nunca más va a recobrar la conciencia? ¡Murió ahí! ¿Por qué tenemos que esperar el cese del latido cardíaco? Murió ahí. Entonces, desde el punto de vista de las definiciones en relación a la eutanasia hay un tembladeral, pero lo más importante es la relación médico- paciente. Y entre la maleficencia y la beneficencia acá, la autonomía está a favor, en este caso, de la beneficencia. ¿Se contrapone a la beneficencia? ¿Es realmente maleficencia lo que estamos haciendo? Maleficencia está haciendo la enfermedad, pero lo nuestro es un acto compasivo de enorme importancia.

Ojo: primero hay que calmar a como dé lugar, y eso no es necesariamente a través de los cuidados paliativos. El suministro de morfina, de Buscapina para evitar las secreciones, acompañar a la familia, comprender al enfermo, ir todos los días: eso es de la vieja clínica. Que ahora se haya organizado, y muy bien, con los cuidados paliativos y que se sistematice me parece formidable, pero, ¡jojo!, porque dentro de la definición de cuidados paliativos dicen: "No usaremos nunca la eutanasia". ¿Por qué? ¿Qué definición médica es esa? Es una definición cultural; no es estrictamente una definición médica de una especialidad. Esta especialidad es una organización de recursos sanitarios; no es una especialidad en sí misma -no sé si me explico-, porque tenemos un psicólogo, podemos tener hasta un asistente social, podemos tener hasta un médico paliativista. Es la organización la que permite realmente cuidados paliativos serios, pero los cuidados paliativos existen desde hace muchísimo tiempo. ¿Se entiende todo lo que estoy diciendo?

Por tanto, mi punto de vista es que esto es una etapa dentro de la asistencia del bien morir: primero, los cuidados paliativos hasta dónde se pueda, y si no se puede más y el paciente lo solicita, eutanasia.

SEÑORA PRESIDENTA.- Lamento que tengamos que terminar, la discusión está muy interesante, pero nos tenemos que retirar porque a las catorce horas tenemos sesión.

Muchas gracias por su comparecencia.

Se levanta la reunión.

≠