Carpetas Nos. 67 de 2020 y 2137 de 2021

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO
Reglamentación

EUTANASIA
Normas

FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR (FEMI)

UNIVERSIDAD DE MONTEVIDEO
CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 5 de julio de 2022
(Sin corregir)

Preside:	Señora Representante Lucía Etcheverry Lima.
Miembros:	Señoras Representantes Cristina Lústemberg, Silvana Pérez Bonavita, Nibia Reisch y señor Representante Narcio López.
Delegados de Sector:	Señores Representantes Luis Gallo Cantera, Rodrigo Goñi Reyes y Eduardo Lorenzo Parodi.
Invitados:	Por la Federación Médica del Interior (FEMI), doctores Daniel Ayala, Presidente y profesor Oscar Cluzet, Coordinador de Asesoramiento en Bioética. Por la Universidad de Montevideo, Centro de Ciencias Biomédicas, doctora Ana Guedes, diplomada en cuidados paliativos y en bioética y doctor Diego Velasco Suárez, abogado y profesor de filosofía del derecho.
Prosecretaria:	Señora Margarita Garcés.

=======II=======

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

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee:

LA FEDERACIÓN DE PRESTADORES MÉDICOS DEL INTERIOR (FEPREMI). Comunican que no puede asistir el 5 de julio por actividades en el interior. Remiten consideraciones a los proyectos de ley de eutanasia. (Asunto Nº 155331).

LA SEÑORA MARGOT FERREYRA SOCIA DE EX CASA DE GALICIA. Manifiesta su preocupación por el retiro de la plantilla del Hospital Evangélico del profesional que atendía a su familia y en especial a su esposo que padece el mal de Pick. (Asunto Nº 155375).

——Tiene la palabra el señor diputado Luis Gallo.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- La semana pasada nos ha causado sorpresa una noticia que salió publicada en todos los medios -sobre la que después tuvimos la posibilidad de hablar con el doctor Briozzo- en cuanto a la decisión que tomó ASSE de separar del cargo al doctor Leonel Briozzo, profesor de la Cátedra de Ginecología del Hospital Pereira Rossell; tenía su cargo además en maternidad de ASSE.

En ese sentido, de acuerdo a las publicaciones que ha habido en la prensa ello tiene que ver con el tema de la variable anestésico- quirúrgica, (VAC), sobre el que hubo discordancias.

Si fuera así nos pareció desmedido, pero obviamente me parece que antes de juzgar la acción, como Comisión de Salud y en forma responsable, deberíamos citar a quien corresponda de ASSE -el presidente y si no está él a quien corresponda- para cerciorarnos de cuáles fueron esas irregularidades que dicen las autoridades de ASSE que llevaron a la separación del cargo de un profesor de la Facultad de Medicina

Entonces, como Comisión le solicitamos a la presidenta que haga los trámites pertinentes para que concurra a este ámbito quien entienda necesario y nos explique cuáles fueron exactamente las irregularidades que llevaron al Directorio a tomar esa decisión.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- En la línea del diputado Gallo, hago la siguiente consulta: ¿se va a citar a las dos partes? Es decir, a ASSE y al doctor Briozzo para que dé su versión también. Tendríamos que escuchar a las dos campanas.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- La idea primero es escuchar a ASSE, que es quien tomó la decisión y después a Briozzo, ni hablar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Haremos las gestiones con la Secretaría administrativa. Veremos en qué momento. Me parece que esto requiere celeridad.

Vamos a coordinar las fechas con las autoridades de ASSE y con el doctor Briozzo.

Hago este comentario a los efectos de que quede en la versión taquigráfica. Fepremi estaba también convocado, ya que había solicitado ser recibido, y en la imposibilidad de concurrir en esta fecha remitió un informe por escrito, el cual la

Secretaría va a distribuir -creo que ya lo han recibido- a todos los integrantes de la Comisión de Salud y a los delegados de sector como corresponde.

(Ingresa a sala una delegación de la Federación Médica del Interior)

——Agradecemos la comparecencia de la Federación Médica del Interior. Saludamos al doctor Daniel Ayala, presidente de FEMI y al doctor Oscar Cluzet, coordinador de la Comisión de Asesoramiento en Bioética.

Como sabrán estamos en el proceso de tratamiento de los proyectos de ley para regular y garantizar la eutanasia. En virtud de eso han concurrido diversas instituciones de las sociedades científicas, de la academia, las universidades, el Colegio Médico en su momento, la Academia Nacional de Medicina, también el Sindicato Médico, y nos parecía que correspondía también que estuviera FEMI haciendo su aporte, o lo que estime haya que considerar, a los efectos de que esto tenga las mayores garantías y la mirada de todas las organizaciones que están involucradas.

La dinámica consta de unos veinte minutos para exponer, aproximadamente, y después la posibilidad de un intercambio con todas las preguntas que puedan surgir de los integrantes de la Comisión.

SEÑOR AYALA (Daniel).- Saludo a todas y a todos y el agradecimiento por recibirnos.

Antes que nada la presentación es obligatoria por más que quizás sea redundante: la Federación Médica del Interior es el gremio de los médicos del interior, integrada por veintidós gremios y que marca la presencia en los últimos cinco, seis años de un camino exclusivamente gremial por el cual estamos trabajando. Este tema nos parece por demás importante.

Además, tenemos el enorme honor de contar con la Comisión de Asesoramiento en Bioética que está funcionando desde el 2018 en el ámbito de la Federación Médica del Interior. Quiero destacar a su coordinador, que me acompaña, el académico profesor doctor Oscar Cluzet; también está integrada por Guido Berro, Luigi Cavalieri, Ángel Valmaggia, por Gloria Mezones, Daniel Morelli, Germán Aller, quienes han elaborado algunos documentos y trabajado muchísimo, poniendo luz en este tema tan particular.

En primer término, nuestra Comisión de Asesoramiento en Bioética FEMI desea muy especialmente agradecer a la Comisión de Salud de esta Cámara por su invitación a concurrir -como decía, en esta instancia- con la finalidad de brindar sus modestos aportes a la discusión de los dos proyectos de ley planteados sobre un tema de la mayor trascendencia social como es el de la muerte asistida. Al mismo tiempo, agradece a los legisladores proponentes el haber conseguido habilitar una amplia discusión social como la que se está llevando a cabo en el momento actual en nuestro país, referida a los mencionados proyectos y más allá a la infinita complejidad de los cuidados al final de la vida y de las necesidades del ser humano muriente.

Para la Comisión de Asesoramiento en Bioética FEMI el tema no es nuevo, ya que en el 2020, a pocos meses de decretada la alerta sanitaria ante la pandemia de covid 19, por parte de nuestras autoridades públicas, realizamos una amplia y fructífera jornada dedicada al tema, la cual se halla disponible en el canal de Youtube de FEMI bajo el título *Principios éticos de la muerte digna* y que además fue posteriormente publicada con igual título en julio del mismo año, habiendo tenido amplia difusión posterior; por aquí dejo dos de estas publicaciones; creo que la hicimos llegar con varios ejemplares. En la mencionada jornada pretendimos alcanzar acuerdos colectivos en torno a principios y valores implicados en el logro de una muerte digna, no habiendo superado la etapa inicial

de planteamientos de los que entendimos como componentes básicos constitutivos de una ética de mínimos a la manera que ha predicado Adela Cortina.

En la mencionada publicación, en primer término, pretendimos clarificar la terminología implicada para evitar terminar discutiendo de cosas diferentes agrupadas bajo un mismo término. Por ello, nos permitimos sugerir la posibilidad de que ambos proyectos incluyan una sección sobre terminología actualizada y basada en consensos, dedicada a los múltiples y complejos significados de los términos relevantes a la manera de la publicación del grupo Andaluz de Pablo Simón.

Queremos destacar el elemento de la ausencia de opinión institucional unánime sobre la temática de cuidados al final de la vida. Quizás la característica más reiterada de esta tan trascendente cuestión es que su planteo dilemático divide aguas en el seno de cualquier colectivo, con lo cual reproduce a nivel local la ausencia de consenso existente en la gran mayoría de nuestras actuales sociedades. Sin embargo, ausencia de consenso no significa aquí ausencia de compromiso con los aportes a este problema, ni mantener firme una actitud colaborativa con proyectos legislativos de esta trascendencia. En efecto, integra de pleno las obligaciones de la Comisión Asesora de Bioética de FEMI en tanto órgano de reflexión ética del colectivo médico del interior en concurrir, como lo estamos llevando a cabo en este momento, a brindar sus críticas y aportes a los proyectos propuestos. En realidad, nuestro aporte hoy va a estar teñido necesariamente -y debe ser así- de la realidad que vive el interior y de cómo lo vivimos los médicos del interior.

SEÑOR CLUZET (Oscar).- Es la segunda vez que estoy aquí presente.

Se creó un grupo de discusión tanto en la academia como en el colegio y en la Federación Médica del Interior, que llegó a aportes y críticas muy similares a los proyectos. De manera que si esperan algo nuevo podemos quizás dar por terminada la reunión.

FEMI arrancó de un hecho básico: si cada parte en que está dividido este problema insiste en convencer a la opuesta se va a empantanar la búsqueda de soluciones pragmáticas; y las soluciones pragmáticas -creo haber notado en todos; cualquiera sea la posición- son absolutamente necesarias y, por lo tanto, buscadas.

Además, las soluciones pragmáticas las necesitamos para que en el proyecto de ley haya oportunas indicaciones de cómo realizar ciertos controles de la marcha de la muerte asistida. Me voy a permitir referirme al proyecto unificado, aunque sé que actualmente hay dos y que no hay un texto unificado. A nosotros nos pareció de consenso que era necesario privilegiar la situación de las personas. Es decir, hicimos un abordaje centrado en la persona del futuro paciente que estuviera en situación tal como para que le fuera planteada -y que finalmente él eligiera- esta variante.

Considerando muy posible la aprobación de los proyectos legislativos en debate, creemos que sería relevante que se aceptaran nuestras opiniones -las nuestras y las de otros sectores- profundamente garantistas en cuanto al conjunto de medidas.

Creo que con esto recojo el espíritu que noté la primera vez que tuve el honor de venir acá. Obviamente, nuestro aporte fue hecho desde la perspectiva de la repercusión de estos proyectos en el interior. Con el presidente estuvimos de acuerdo con que eso fuera lo relevante.

Vamos a hablar de algunos puntos de orden general y creo que va a ser suficiente porque sabemos que frente a cada artículo hay propuestas concretas pero que están comprendidas en estas medidas de orden general.

En primer lugar, aceptamos como extensión legítima del principio de autonomía el reconocimiento al derecho de la disponibilidad del propio cuerpo. Después de todo en nuestro país hay una larga tradición del suicidio como no penado, aunque paradojalmente se pena al que colabora.

Entonces, este principio que se ve como una extensión máxima del principio de autonomía lleva a que cada uno pueda elegir la forma y oportunidad de morir, siempre y cuando se cumpla -así lo entendemos nosotros- con una adecuada regulación del equilibrio de los principios en juego, es decir, no como una aseveración abstracta y de valor absoluto, sino como un deseo del paciente bien fundamentado, sostenido por determinadas características que están explicitadas en la ley, como las del sufrimiento y las de la enfermedad de base. Dándose esas consecuencias entendemos que es necesario aceptar la libre expresión del paciente en cuanto a esta situación.

Por otra parte, según lo que conocemos de los dos proyectos, se deja claramente en evidencia que el profesional médico se puede eximir del cumplimiento. Esto que llamamos objeción de conciencia nos parece absolutamente fundamental que el profesional la continúe teniendo como protección de sus propios derechos. Está claro que si la objeción de conciencia se acepta, la prohibición final de la eutanasia es responsabilidad del Estado, del país y no de un sector de profesionales en especial. Por lo tanto, debe mantenerse la objeción de conciencia y arbitrar los mecanismos -que ustedes conocerán mejor que nosotros- que puedan permitir realizar lo solicitado.

En segundo término, ratificamos que la columna vertebral de los cuidados al final de la vida se llama medicina paliativa. Y ya dijimos acá que entendíamos como una paradoja muy difícil de explicar que no tengamos aprobada la ley de medicina paliativa -que se va a referir, esperemos, que al 98% o 99% de las situaciones- y tengamos aprobado una legislación de la excepción. Nos parece que debe hacerse todo lo necesario para que más allá de los deseos en particular se mantenga como excepción y que no verifiquemos algo como vimos acá con alguna personalidad proveniente de algún país que tiene larga experiencia en esto y que se llegue a la llamada pendiente resbaladiza con extensión. Después que está la ley mostrar que el número de eutanasia aumenta por encima de lo previsto está evidenciando que hay un tobogán deslizante. Esperamos que la legislación sea restrictiva en los términos en que está formulada y que no haya extensión final.

Yo me referí al holandés Theo Boer que decía que en su país ya se estaba verificando una pendiente resbaladiza de orden jurídico en la cual se volvería legítima si se aprobara un proyecto que está a discusión en el parlamento holandés que establece que por solo tener setenta y cuatro años o más se puede solicitar la eutanasia

Nos parece que hay que marcar bien claro esto.

Entonces, esto entra dentro de las limitaciones del principio de autonomía que nosotros como eticistas la hemos visto desde el inicio de la actividad. Es decir, en la mayoría de los conflictos éticos de la parte clínica cotidiana chocan, por lo menos, dos principios: el de autonomía y el de beneficencia. El de beneficencia es el planteado por el médico y el de autonomía es el planteado por el deseo de los pacientes. Entonces, si en la práctica de una situación clínica cotidiana vemos como habitual que se limite el principio de autonomía, no veo ninguna razón por la cual en esto, que tiene una magnitud mucho mayor, ese principio sea reivindicado.

Por otro lado, quiero destacar que el Hasting Center de Estados Unidos, de origen católico, que ha incursionado en una serie de aspectos importantes para la sociedad, fue el primero que marcó estos límites autonómicos para explicitar que tanto la futilidad como la obstinación terapéutica estaban fuera de lugar. Es decir que hay cosas que ya hoy en

día el paciente puede pedir pero que el médico no tiene la obligación de proporcionar por entender que en cualquier circunstancia que se invoque la futilidad y la obstinación están de alguna manera con un juicio ético acompañante que hace que el médico no se deba sentir obligado.

Agregamos algo que nos parece importantísimo y que no es admitido con facilidad -yo lo he discutido amablemente con gente que es muy propensa a lograr la mayor aprobación de esta forma de muerte asistida- y es que en esto existan limitantes. Les parece que esta limitante es exagerada. Sin embargo, a nosotros nos parece absolutamente sensible.

Con respecto al órgano de revisión, ya hemos abundado acá pero lo reiteramos porque esto en FEMI nos llevó muchas jornadas de discusión, creemos que debe ser antes de la eutanasia porque, de lo contrario, llevaría a la constatación de lo que se pudo evitar pero ya no es posible.

Agregaría una cosa más que nos parece fundamental. El paciente que solicite la eutanasia tiene que estar bajo cuidados paliativos o haber tenido la oportunidad de rechazarlos. Incluso el propio Ope Pasquet en varias discusiones ha dicho que el paciente original que promovió todo este movimiento, de apellido Sureda, cuando conoció los cuidados paliativos dejó de solicitar la eutanasia. Y me parece además, que los cuidados paliativos…

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- No es así.

SEÑORA PRESIDENTA.- Por favor, no dialoguen.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- No es así, pero siga.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Es así; después va a venir un video que va a demostrar lo que él dijo concretamente. Fue así.

SEÑORA PRESIDENTA.- La idea es que el invitado siga exponiendo.

SEÑOR CLUZET (Oscar).- Yo quiero dejar bien en claro que esto que estoy repitiendo se lo escuché a Ope Pasquet. Después escucharé con mucho gusto otras versiones. Estaba presente yo; no es que me lo dijeron.

En segundo lugar y esto lo hemos conversado, entre otros, con el diputado Gallo, quiero mencionar el asunto del órgano de revisión y el papel del comité de ética asistencial. A nosotros nos parece que el órgano de revisión, que tendría que actuar *post facto*, debería ser *ad hoc*, es decir, estar constituido por eticistas, juristas, clínicos y lo que se entienda necesario, pero actuando antes. Se nos ha dicho como argumento que el hecho de actuar antes produciría un alargamiento de la solicitud de la persona y lo entendemos, pero no estamos dispuestos a admitir que trastornos de orden burocrático, o excesos de esa naturaleza, eviten actuar antes de producido lo solicitado por el paciente.

En cuanto a la inserción del comité de ética asistencial nosotros tenemos una serie de razones. Por más que nos ha preocupado su desarrollo en la Federación Médica del Interior, que en este momento está muy comprometido, no creemos que el comité de ética asistencial sea lo más idóneo para convertirse en el órgano de revisión de las solicitudes eutanásicas, fundamentalmente porque cambiaría la naturaleza de su propio accionar. Nosotros entendemos que el comité de ética asistencial, con todo lo útil que puede ser para la ética institucional, tiene que mantenerse restringido a una actividad que se corresponda con las directivas de recomendación y que sea una recomendación no vinculante. Nos parece que hacerlo participar de un proceso que puede terminar en una decisión con respecto a la eutanasia desvirtúa su situación.

En esta oportunidad, no pudimos venir con el profesor Guido Berro; y quiero explicar claramente que escuchamos nuestro asesoramiento jurídico. También tenemos el honor de que el profesor Germán Aller nos acompañe como asesor, pero ustedes ya lo escucharon en su momento y saben que él discute mucho que se pueda firmar el certificado con la aclaración de que es por eutanasia. Nosotros creemos que es un problema de orden técnico y que con seguridad es fácilmente solucionable por parte de los expertos en la materia. Debe mantenerse al mismo tiempo el registro de que la muerte ocurrió a través de una solicitud eutanásica y de la enfermedad de fondo que la provocó, lo cual lleva a modificar la actual legislación. En eso no tenemos nada que agregar.

Después vienen todas las repercusiones en el Código de Ética Médica y vamos a hacer una breve digresión. El artículo 46, que es el que aparentemente derogarían tanto el proyecto del diputado Gallo como el del diputado Ope Pasquet en su estado actual -el del diputado Gallo de manera explícita y el de Ope Pasquet de manera tácita-, quedaría afectado. Yo fui corredactor del primer Código de Ética y quiero decir que el artículo 46 sigue los lineamientos de la declaración de la asamblea mundial de la Asociación Médica Mundial del año 1987, que fue ratificada en el año 2013. Inclusive, tiene parecido con la formulación, que dice que la eutanasia, es decir el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contrario a la ética. El artículo de nuestro Código de Ética Médica no cita la conciliación de la voluntad del paciente en su realización y eso ha motivado que haya una corriente jurídica que plantee que, al estar ausente el tema de la voluntad, los respectivos artículos que cité de los proyectos no afectarían al artículo 46. Yo creo que el artículo 46, si bien tiene esa carencia, quedaría plenamente afectado y, en consecuencia, debería considerase que el Código de Ética Médica en su totalidad ha quedado afectado, además de otras repercusiones en otras leyes que seguramente los legisladores conocen mejor que quien habla.

Creemos que debemos tener la provisión -ha sido planteada- de que cuando esté pronto el código que el Colegio Médico recién ha comenzado a elaborar, pueda sustituir inmediatamente al que ha sido derogado. Por lo tanto, pedimos a los parlamentarios una cierta coincidencia en el tiempo de la aprobación de estos proyectos con la generación de un nuevo código, que es un asunto que requiere la participación de todo el colectivo médico, que va a demorar -así fue la experiencia que tuvimos en el primer Colegio- un tiempo importante en su análisis; no hablo para nada de un tiempo de años, sino seguramente de meses.

Quiero volver a destacar de manera especial que tanto es inconveniente que una persona que no debe ser eutanasiada lo sea como que -esto es lo que más nos preocupa en una federación médica del interior que tiene problemas, como en todo el país, en relación a la equidad; viene a ser la piedra de toque mayor de un sistema de salud y nosotros tenemos en el interior una situación diferente al norte y al sur del río Negro- una persona que no tiene cuidados paliativos en su zona termine eligiendo la eutanasia. Además, nos parece que el futuro de estas leyes en cuanto a su repercusión social e histórica se va a ver más afianzado cuanto más garantista se sea con respecto a las indicaciones, a su permanencia en el tiempo, a la revisión crítica y a la corrección de los excesos.

Me gustaría agregar algo que el doctor Berro -quien está afectado por una indisposición transitoria- me reafirmaba. Él como docente y todos nosotros -acá hay varios que han sido docentes en la Universidad- creemos necesario que la parte tanatológica se explicite, porque después resulta que el médico es poco proclive a hablar de la muerte y resulta que tiene que saber de la muerte muchísimo más de lo que sabe y tiene que saber trasmitirlo. Por lo tanto, lo que Guido quiere reafirmar -yo estoy en pleno

acuerdo con él y lo vengo a ratificar acá- es que la tanatología sea incluida como una materia, no como nos la daban antiguamente en Medicina Forense en la que había varios fetos que habían muerto de determinados trastornos embrionarios, sino como materia que abarca otros muchos componentes, que hacen imprescindible al conocimiento de los médicos.

Agradezco la paciencia de volverme a escuchar. He reiterado muchas de las cosas que dijo el Colegio y que manifesté yo en la primera presentación ante esta Cámara.

SEÑOR PRESIDENTA.- Agradecemos al doctor Ayala y al doctor Cluzet.

Solicito a los diputados que tratemos de ser lo más concretos posible.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Voy a ser concreto, presidenta, y como siempre voy a dejar planteadas algunas dudas, que quizás son más de fondo, más profundas, y nunca aspiro a tener la respuesta en el momento. Me sirve el hecho de que queden planteadas y pueden responderse por escrito y con tiempo.

Todavía no doy por perdida la batalla en cuanto a que este proyecto no sea aprobado. Sea aprobado o no voy a seguir hasta último momento con la argumentación con razones jurídicas, éticas y sociales de que no es conveniente y no es oportuna la aprobación del proyecto de eutanasia. Naturalmente, respeto la postura de la FEMI de plantear pragmáticamente mejoras ante esa eventualidad.

El doctor Ayala habló de una ética de mínimos y comparto que en una sociedad pluralista tiene que haber una ética de mínimos, pero eso generalmente tiene su judicialización, y en este caso la tiene con el Código de Ética y el artículo 46. Entonces, me surge la duda y hago la pregunta de cómo superamos esa ética de mínimos que está establecida en el Código de Ética -por suerte acá tenemos un autor de ese artículo; para mí tampoco nunca admitió duda y está bien claro, pero agradezco mucho la clarificación no solo del tema literal que es claro, sino también de su espíritu- y, sobre todo, siguiendo el razonamiento del doctor Ayala, dado que no hay consensos, cuando uno va a cambiar una norma de ética tan fundamental, que tiene 2.500 años de historia, lo que suele plantearse o pedirse es el consenso, y está claro -una vez más la delegación de FEMI lo ratifica- que no lo hay. Entonces, quisiera saber cuál es la postura o cuál sería la reflexión frente al hecho de que no haya consenso ante una ética de mínimos que hoy está bien clara, no solamente en el Código de Ética del Uruguay, sino en la mayoría de los del mundo y en la asamblea de la Asociación Médica Mundial. Aprovecho para consultar, porque sigo leyendo que en la última asamblea mundial de 2019 se ratifica que la eutanasia es contraria a la ética; yo sigo buscando, preguntando y sigo viendo eso, pero acá hay actores que dicen que se cambió. Se cambió otra parte y pregunto si la asamblea mundial sigue ratificando que la eutanasia es un acto contrario a la ética médica.

Me quedan algunas preguntas importantes y más de fondo que me gustaría discutir con el doctor Cluzet en cuanto a cómo hacemos con los principios bioéticos fundamentales que han guiado la medicina, entre ellos la no maleficencia y también la beneficencia y la autonomía. Me gustaría saber cómo se practica hoy ese principio de disponibilidad y si FEMI entiende que es realmente un principio que supera a los otros, y entonces un paciente puede pedir cualquier cosa al médico como, por ejemplo, que le quite un brazo, una pierna o un órgano, porque si ese principio de disponibilidad se lleva hasta las últimas consecuencias llevaría a ese tipo de solicitudes y el médico debería responder a ellas.

En los otros puntos más prácticos puedo decir que me alegro de que haya un consenso en todas las delegaciones que plantean que, en caso de aprobarse la eutanasia, sería de una injusticia inaceptable que no se diera la posibilidad de optar. De

poca autonomía y poca libertad podríamos hablar si no se da la posibilidad de tener un alivio del sufrimiento a través de los cuidados paliativos. Ayer escuché hablar de vuelta a la doctora Gabriela Píriz, que ha desarrollado un modelo en el Hospital Maciel, de que el 95% de las personas que llegan con enfermedades graves y complejas y con sufrimiento insoportable, rápidamente revierte incluso su deseo de anticipar la muerte y no ya el pedido eutanásico. Entonces, quisiera saber cuál sería la posibilidad o la vía que ve la FEMI, además de los otros agregados que hace -agradezco muchísimo la honestidad-, para que eso no se produzca.

El hecho de ofrecer cuidados paliativos y que no estén disponibles sería una gran estafa a nosotros mismos y ni qué hablar a la sociedad en su conjunto, además de la deshonestidad de plantear esa posibilidad. Yo tengo mi propuesta que es que se apruebe, como se dijo ayer en el Ministerio de Salud Pública, la ley de cuidados paliativos; se dé un plazo para su efectiva implementación -según nos dice el Ministerio estamos en condiciones de poder llegar al cien por ciento-, y después recién hablar de opción eutanásica, luego de ofrecer de verdad los cuidados paliativos.

Asimismo, el profesor Cluzet habló de la posibilidad de hacer coincidente la reforma del código y la imposición legislativa de su reforma, aunque yo creo que no se puede y es inconstitucional. No respetar la autonomía de la ética de un colectivo para mí no pasa ningún análisis constitucional, pero en caso de que así sucediera, ¿cómo podría concretarse esa coincidencia? Me interesa muchísimo porque es de las cosas que planteo como segundo escalón. Además, como el Colegio Médico planteó una reforma del Código de Ética creo que sería imprescindible hacer esa reforma por parte del Colegio Médico, por ley y por esencial autonomía, antes de que el Poder Legislativo haga la imposición, lo que hemos catalogado como un atropello institucional. Por último, en cuanto al comité de garantías -ante la eventualidad de que se aprobara esta ley- ustedes hablan -como lo han hecho casi todas las delegaciones- de un comité de garantías previo. A mí no me gusta el nombre de revisión que el profesor Cluzet utilizó -no sé si estamos hablando de lo mismo- porque para mí revisión sería posterior. Si hablamos de un comité previo, sería un comité de garantías y, de alguna forma, de autorización y habilitación o por lo menos para dar un dictamen u opinión acerca de si están dadas las condiciones.

En este sentido, pregunto en qué consistiría o cuál sería la mejor forma; la FEMI hablaba de ser lo más garantistas posible. ¿Cómo debería ser ese comité, además de previo?

Me queda claro que la posición de FEMI es que no sea el comité asistencial que hoy existe. Entonces, ¿quiénes deberían integrarlo? El profesor dijo que sería *ad hoc*, pero ¿con qué tipo de especialistas o de qué forma debería integrarse ese comité de garantías?

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Saludo al presidente de la Federación Médica del Interior y al profesor Oscar Cluzet.

Ya hemos comentado con el profesor Cluzet esta iniciativa que hoy estamos considerando. Como él bien dijo, hoy prácticamente podemos afirmar que va a haber un solo proyecto. Estamos trabajando intensamente entre la bancada del Frente Amplio y la del Partido Colorado -fundamentalmente con la compañera doctora Reisch y el diputado Ope Pasquet- en la unificación de los dos proyectos. Obviamente, siempre son bienvenidos las visitas académicas desde el punto de vista médico y del derecho y los aportes que hemos recibido. Por ese motivo aún no hemos terminado, porque queremos finalizar la primera serie de visitas que han hecho aportes importantes; obviamente, con algunas podemos estar de acuerdo y con otras no.

En primer lugar, quiero hacer referencia -para aclararle al doctor Cluzet- a que yo también he escuchado del diputado Ope Pasquet, porque he coincidido con él en varios lugares en los que el contador Sureda habló con él y también conmigo. Siempre felicito a Ope que tomó la iniciativa, porque yo no me animé a tomarla en su momento. Cuando los cuidados paliativos se acercaron al señor Sureda, él no cambió su opinión; lo que dijo es que su vida cambió sustancialmente a partir de los cuidados paliativos, pero que llegado el momento los solicitaba y no tenía las herramientas que precisaba. Es decir, no es que cambió cuidados paliativos por la idea de la eutanasia. Él reconoce que los cuidados paliativos lo mejoraron muchísimo, hasta llegar el momento del fallecimiento, con muchísimo sufrimiento, además.

Con relación a la terminología, hoy estamos viendo la viabilidad de incorporarla o no en el proyecto de ley; si bien desde el punto de vista de la técnica legislativa no es bueno, a veces hay proyectos que lo ameritan. Este podría llegar a ser un proyecto que ameritara incorporar cierta terminología para que cuando hablemos de determinadas palabras, sepamos exactamente a qué nos estamos refiriendo. Es un tema que está a estudio de quienes estamos trabajando en el proyecto.

Con respecto a la objeción de conciencia, el proyecto del diputado Ope Pasquet no habla de ese tema; solamente el proyecto del Frente Amplio lo hace. Justamente -para aclarárselo-, como el diputado Ope Pasquet se centra en la despenalización del acto médico, no tiene sentido hablar de la objeción de conciencia ni nada. En cambio, en el caso del proyecto del Frente Amplio, se crea el derecho a la persona para poder decidir bajo determinadas circunstancias y, en ese sentido, está creando una prestación. Y a quienes van a hacer uso de esa prestación, que son el médico y el equipo de salud, tenemos que dotarlos del mecanismo de objeción de conciencia. Reitero: no solamente para el médico, sino también para el equipo. Normalmente, en pocas circunstancias será el médico el que realice la eutanasia: se hará por indicación del médico con el equipo del personal de enfermería que llevaría a cabo la práctica. En eso también estamos trabajando porque nuestro proyecto habla del médico y, reitero, habría que incorporar al equipo asistencial.

Por otra parte, con relación al artículo 46 hago siempre hago la misma pregunta. Ya que tenemos a uno de los autores aquí presentes, voy a decir que el artículo 46 es totalmente incongruente con respecto al artículo 49, puesto que hoy es imposible llevarlo adelante. Si hoy el Colegio Médico aplicara el artículo 46 tal como está redactado…

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡Pero es armónico!

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- ¿Cómo va a ser armónico?

No es armónico porque dice: "acción u omisión". ¿Qué significa omisión desde el punto de vista médico? Omisión es cuando el médico omite determinadas terapéuticas porque el paciente no quiere.

El artículo 49 justamente dice que el paciente es el que determinará esto. Entonces, ahí es totalmente imposible llevar a la práctica. ¡Es imposible! Por tanto, me gustaría que uno de los autores, aquí presente, me lo explicara; creo que debe haber sido un error, porque si se hablara solamente de la acción de producir la muerte, está bien. Pero es la acción u omisión. Entonces, por el artículo 49, si el paciente no quiere recibir el tratamiento, el médico no está obligado a dárselo. Por tanto, hay una discordancia muy importante. Por eso el Colegio Médico está trabajando en una comisión para poder cambiar este Código de Ética que hoy es impracticable. Si el Colegio actuara, hoy muchos médicos no tendrían el título; muchísimos, fundamentalmente los oncólogos, que

prácticamente no tendrían posibilidades de trabajar si se aplicara exactamente el artículo 46.

Además, los legisladores somos representantes de la gente. No podemos ser rehenes de un colectivo pequeño, en este caso, médico, pero podría ser otro. Supongamos que el Colegio Médico, que representa a todos los médicos del país, gane por un voto el "No a la Eutanasia", ¿qué hacemos? ¿No reformamos el código?

(Interrupción del señor representante Rodrigo Goñi Reyes)

—Entonces, me parece que acá lo que está por arriba, o lo que los legisladores entienden, es que estamos por arriba de cualquier código, en este caso, de un código de ética médica, pero nosotros velamos por la sociedad en su conjunto.

Las encuestas muestran -últimamente salió una- que la gran mayoría de la población uruguaya está de acuerdo con la eutanasia.

(Interrupción del señor representante Rodrigo Goñi Reyes)

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- ¿Me permite una interrupción, señor diputado?

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Sí, señora diputada.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Señora presidenta: le pido por favor, y a todos los integrantes de la Comisión, que respetemos cuando alguien está hablando, como hemos respetado a todos quienes hicieron uso de la palabra, especialmente se lo digo a usted, diputado Goñi.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡Yo respeto a todos! ¡Usted a mí no me va a decir que yo falto el respeto!

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- ¡Usted a mí no me levante la voz!

(Interrupción del señor representante Rodrigo Goñi Reyes)

——No puede estar permanentemente haciendo comentarios cuando un compañero está haciendo uso de la palabra.

(Interrupción del señor representante Rodrigo Goñi Reyes)

— ¡Diputado: yo pedí la interrupción!

Un compañero está haciendo uso de la palabra, y cuando un compañero…

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡Se interrumpió al doctor Cluzet cuando estaba hablando!

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- ¡Cuando un compañero está haciendo uso de la palabra se lo respeta y se hace silencio!

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡A todos! ¡También a la delegación a la que no se respetó cuando se la interrumpió!

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Diputado: le pido por favor, una vez más, porque ya en forma reiterada se lo he pedido y hay una parte que no entiende…

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡Yo no estoy faltando el respeto!

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- ¡Sí! Usted le está faltando el respeto a un compañero cuando está hablando arriba de él.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡Soy muy respetuoso!

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Señora presidenta, le pido por favor, una vez más: vamos a encauzar el debate y vamos a permitirle a los diputados….

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡¿Cómo me va a acusar de falta de respeto?!

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Vamos a permitirle a los diputados que están haciendo uso de la palabra que puedan hacerlo tranquilamente, sin que nadie les esté gritando ni hablando arriba.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- ¡Yo no estoy gritando!

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- ¡Usted está gritando: escuche el volumen en el que está hablando ahora!

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Entonces estoy sordo. ¡La verdad es que estoy sordo y capaz que por eso hablo fuerte!

(Interrupciones)

SEÑORA PRESIDENTA.- Si podemos terminamos, si no, no tenemos ningún inconveniente en levantar la sesión, discutir el reglamento y hacer planteos en la Cámara como corresponde.

Es realmente lamentable tener, cada vez, una escena de este tipo. Así que acá no se interrumpe, no se interrumpió a los invitados, no se interrumpe más.

Señor diputado Goñi le ruego que se ciña a su intervención, que ya la hizo.

Termina de hacer uso de la palabra el diputado Gallo. Luego está anotado el diputado Lorenzo y después estoy anotada yo. Todos estamos tentados de hacer valoraciones, pero no es el momento.

Continúe, diputado Gallo.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Simplemente -ya no recuerdo dónde estaba-, quiero decir que vamos a incorporar alguna de las sugerencias, las que vamos a analizar como corresponde. Como decía hoy, algunas se podrán llevar, otras son impracticables

Me gustó mucho la pregunta que hizo el diputado Goñi con respecto a cuál es la opinión del doctor Cluzet con relación a la conformación *ad hoc* y a quiénes serían los técnicos, sin entrar en la burocracia como está pasando, por ejemplo, en la legislación española, en la cual la comisión de garantía está integrada por once miembros. Cuando un paciente solicita la eutanasia es prácticamente imposible que se pueda llevar a cabo, porque es muy imposible juntarla. Tendrá que ser algo *ad hoc,* pero práctico, a fin de que no se lleve al paciente que solicita la eutanasia a estar dos meses sufriendo, esperando ese momento.

Para finalizar digo que vamos a incorporar algunas de las medidas en función de que tengamos acuerdo entre las bancadas del Partido Colorado y del Frente Amplio en este momento, que somos los que estamos trabajando en el tema.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- En primer lugar, quiero saludar a la delegación, al presidente de la FEMI, profesor Oscar Cluzet.

Como médico del interior y al norte del Río Negro, soy pragmático. Las dudas que tengo son en cuanto a la implementación de este proyecto de ley de eutanasia y suicidio asistido. Lo vivimos ya con la ley del aborto: cuando se instauró no había ginecólogos que lo hicieran. En todo mi departamento de Río Negro, de todos los ginecólogos, solo había

uno que hasta ahora sigue haciendo los abortos. Los otros hicieron objeción de conciencia y es muy factible que suceda lo mismo si esta ley se instaura.

Lo otro que me gustaría observar desde el punto de vista pragmático, es que la ley no es solo de eutanasia, es de suicidio asistido. Es mucho más complejo el tema. Cuando uno habla de eutanasia se imagina casos extremos, pero acá entra lo de suicidio médicamente asistido.

Coincido con el doctor Cluzet en cuanto a la forma de disposición de la junta de bioética, a que en el informe tiene que decir que falleció por eutanasia y después la causa, porque si no, no tenemos cómo saber, cómo registrar cuanta gente se eutanasió; pero lo que me preocupa sobremanera es cómo llevamos los cuidados paliativos a todo el país. Creo que la garantía que deberíamos tener todos es que los cuidados paliativos estuvieran instaurados en todo el país, a los efectos de conocer realmente el alcance que puede tener este proyecto de ley. Yo tengo dudas en este sentido. Se ha hablado de cuidados paliativos, se ha dicho que podemos hacerlos y se ha explicado cómo hacerlos, pero estoy seguro de que no se ha analizado todo el país. A mi entender, no todo el país está en condiciones de tener cuidados paliativos.

Entonces, la pregunta para el doctor Cluzet es: ¿aprobamos el proyecto -si es que se consigue el consenso necesario- antes de saber si tenemos cuidados paliativos?

SEÑORA PRESIDENTA.- Lo primero que le quisiera trasmitir a la delegación son algunos criterios; parecería innecesario, pero hay que reiterarlos con cierta periodicidad.

La idea y el espíritu de las comisiones es que con las delegaciones no se discute; sí se intercambia, se reciben aportes y se pregunta. Además, las preguntas que se realicen tienen que estar formuladas, en lo posible, despegadas de las valoraciones propias que tiendan a incidir.

Acá, cada pregunta demora tres segundos, pero tenemos cuarenta minutos cargados de valoraciones personales, que anticipan una posición que, por otra parte, ya es pública.

Entonces, deberíamos optimizar el tiempo para debatir de otra manera. Cada uno de nosotros y cada una nosotras tenemos posiciones públicamente comunicadas -como corresponde- y claras. Desde los posicionamientos que tenemos como representantes, debemos tratar de incorporar argumentos, generar las mayores garantías y enriquecer el debate. Para enriquecer el debate, obviamente, los tonos, las posturas corporales y la entonación de la voz son importantes. Si de parte de una delegación tuviéramos actitudes como las que a veces hemos tenido acá, esta reunión se levantaría inmediatamente, porque estaría fuera de lugar.

Así que les pido disculpas; corresponde que actuemos de esa forma por respeto a quienes están presentes.

Por otra parte, quiero hacer una pregunta que me parece importante.

Antes, quiero comentarles que, en su momento, a la Academia Nacional de Medicina. Fue una instancia riquísima porque trajo dos posiciones, producto de su discusión interna. Aquí leyó las dos posiciones. Había cuatro integrantes de la Academia Nacional. En la medida en que se empezaron a formular preguntas, nos dimos cuenta de que los cuatro tenían posiciones distintas. Entonces, les fuimos dando la palabra. Fue una instancia en la cual ayudamos a la moderación de la reunión que, reitero, fue riquísima desde todo punto de vista.

¿Por qué menciono esto? Porque cuando FEMI hace su planteo es FEMI institucional; es producto de un debate y de un intercambio interno. Pregunto si ustedes entienden que la posición que nos han trasladado está condicionada o, eventualmente, contaminada por la suerte que estos proyectos puedan tener. Es decir: en la eventualidad de que estos proyectos se aprueben -como podría suceder-, ¿eso estaría incidiendo en el posicionamiento de FEMI? Consulto esto en primer lugar.

En segundo término, si eso fuera así, los aportes que están realizando, ¿los están haciendo condicionados en la eventualidad de que esto se apruebe?

En tercer lugar, quisiera saber si las respuestas que podamos tener -les aclaro que tenemos tiempo hasta la hora 12 y 15, para ser flexibles, así que las restantes las pueden remitir por escrito- van a ser de FEMI o valoraciones personales, que también son legítimas; lo pregunto porque es importante que eso quede claro en la versión taquigráfica.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Como siempre, agradezco la solidez de la delegación de FEMI, que obedece a su trayectoria, las publicaciones previas y los estudios que han realizado sobre esta temática.

Quiero decirles que el año pasado la Cámara de Diputados dio media sanción al proyecto de cuidados paliativos. Hoy, esa iniciativa está a discusión de la Cámara de Senadores. Nosotros hemos insistido muchísimo -sobre todo, previo a la entrada de la rendición de cuentas- para que se salde esa discusión en la Cámara de Senadores. Entendemos que este es un derecho inalienable, aunque ya está considerado en el PIAS. Por tanto, ya debería estar financiado: el cien por ciento de los prestadores públicos y privados deberían tener la disponibilidad de los recursos humanos, adaptada a cada lugar del país. Sin embargo, pese al avance de los cuidados paliativos, todos sabemos que hoy existe déficit de cobertura.

Según lo que nos informan nuestros legisladores del Frente Amplio, el proyecto de ley de cuidados paliativos se va a tratar en la Comisión de Salud Pública. No obstante, exhortamos a los legisladores que forman parte de la coalición de gobierno para que se discuta a la brevedad en la otra Cámara.

Quería que ustedes, como ciudadanos e invitados de la Comisión, supieran que nosotros apoyamos la iniciativa de cuidados paliativos y no la contraponemos a esta. Además, estamos muy preocupados por la lentitud con la que se ha discutido en la otra Cámara.

SEÑOR CLUZET (Oscar).- Aclaro que vamos a comenzar a responder las preguntas en un orden injusto: exactamente al revés de como fueron formuladas.

SEÑOR AYALA (Daniel).- Tanto la diputada Cristina Lustemberg como el diputado Eduardo Lorenzo hablaron de los cuidados paliativos.

También se dijo -nosotros lo expusimos y quedó claro en lo que expresaron Lustemberg y Rodrigo Goñi- que es urgente que se considere el proyecto de ley de cuidados paliativos.

Más allá de esta iniciativa y de su instrumentación, me quiero referir a la realidad.

Hoy, las asimetrías y las inequidades que tiene el sistema en el interior, duelen; duelen. Hablamos de capitales departamentales, de localidades pequeñas y de una realidad asimétrica de distribución de los recursos médicos. Fíjense que menos del 7% de los médicos está radicado al norte del Río Negro y que solo un 30% de los médicos está en el interior.

Estamos muy lejos de tener la universalidad de los cuidados paliativos. Más allá de la instancia parlamentaria, de la instrumentación, de la voluntad que expresó el Ministerio de Salud Pública y de lo que está pautado en el PIAS, la realidad es una: lejos estamos de tener una universalidad en los cuidados paliativos. Lo mismo podemos decir con respecto a otras áreas, como la salud mental; tenemos múltiples ejemplos en este sentido.

Además, hay que destacar que esto es multifactorial. En el sistema de salud, este tema y todos los demás requieren una mirada a mediano y largo plazo, que no la estamos teniendo como país. En el interior se han prendido luces de alarma amarillas y rojas. A la FEMI esto le preocupa muchísimo; aclaro que esto lo decimos como FEMI.

El proyecto sobre cuidados paliativos está inserto en esa realidad. Por lo tanto, la eventualidad de tenerlos universales hoy está muy lejos. Quiero dejar constancia de esa enorme preocupación que tenemos los médicos del interior.

SEÑOR CLUZET (Oscar).- Quiero agradecer a la diputada Cristina Lustemberg por sus aclaraciones. Nosotros vinimos acá sabiendo que esta Cámara ya había aprobado el proyecto. En realidad, hicimos una petición a la totalidad del Parlamento y, en especial, a la Cámara de Senadores.

Voy a tratar de responder todo lo que tengo anotado de una manera ágil. Comienzo por contestar al señor diputado Eduardo Lorenzo Parodi que, efectivamente, veríamos como deseable que los cuidados paliativos estuvieran en su mejor desarrollo para empezar la aplicación de la ley.

En este sentido, debemos entender algo que es básico. FEMI -seguramente ocurre lo mismo con todas delegaciones que vienen acá- adopta el siguiente punto de vista: nosotros no manejamos tiempos ni prioridades parlamentarias ni decidimos el destino de un proyecto de ley. FEMI tampoco puede adoptar puntos de vista personales y hacerlos predominar. Si yo sé que afuera hay un montón de gente que, cualquiera sea mi posición personal, está en contra, no puedo arrogarme su representatividad.

Por lo tanto, para contestar a la señora presidenta digo que nosotros venimos acá con la tesitura de que esta iniciativa repercute de una manera disímil en Montevideo y en el interior. En el interior repercute -como lo acaba de expresar el presidente de FEMI- acentuando las inequidades. ¿Por qué? Porque hay lugares donde no hay nada en cuidados paliativos y hay personas con todo el derecho a recibirlos por tener sufrimientos no controlables con las medidas habituales. Además, que no haya nada significa que tampoco lo hay en el domicilio, no solo a nivel hospitalario.

Al ver esta realidad, como FEMI nos preocupamos -esto sí es de orden pragmático, como decía el señor diputado Rodrigo Goñi- y nos preguntamos qué le va a pasar a la asistencia médica y al sistema de salud una vez aprobadas estas iniciativas. ¿Cuáles serán las repercusiones? Aclaro que pensamos esto en un tono de predicción, con ciertas bases científicas, no con una postura alarmista.

A nuestro entender, en el interior se van a acentuar estas inequidades, derivadas de la falta de acceso a lo mínimo en cuidados paliativos. Si bien hay instituciones que dicen tenerlos, hay situaciones en las cuales hay una sola persona para brindar cuidados paliativos. Los cuidados paliativos tienen que ser dados por un equipo integrado por representantes de varias disciplinas, que sean capaces de interactuar de manera armónica -sé que ustedes esto lo saben de memoria- para atender el conjunto de necesidades vitales de un ser muriente. El ser humano, cuando sabe que se va a morir, tiene una escala de prioridades -todos los médicos lo hemos visto- ; hay aspectos que toman relevancia cuando se sabe que la vida, en breve, se va a extinguir. Como decía en

otro ámbito, ante la inminencia de la muerte, la persona tiene necesidades de orden espiritual y emocional que precisan su correlato.

Siempre que uno elige la vía pragmática, llevado por los acontecimientos -porque la presión de la realidad está ejerciendo sobre uno determinadas obligaciones-, sabe que muchos de los principios éticos van a sufrir distorsiones. La ética, cuando sale del campo meramente teórico -como debe ser- al de la práctica, se encuentra con que tiene que aceptar determinadas limitaciones al deber ser que le marca la realidad. En este caso, la realidad marca que hay dos iniciativas que, independientemente de la posición personal de cada uno, se van a fusionar en una, que puede ser aprobada.

Por lo tanto, es legítima la pregunta relativa a cuál será la repercusión en mi colectivo de la aplicación de esa norma. Con esto intento contestar la pregunta de la señora presidenta Lucía Etcheverry. Nuestro posicionamiento es pragmático por las repercusiones y, por tanto, trata de ser garantista con los futuros solicitantes de la muerte asistida.

Con relación a lo que decía el doctor Lorenzo Parodi, me quiero referir, en particular, al suicidio asistido.

El tema eutanasia absorbe y puede hacer parecer erróneamente igual la otra variedad de muerte asistida. Quiero recordar -esto no lo pusimos en la exposición de FEMI, pero lo sé por mi participación en las discusiones en la Academia sobre estas iniciativas- que hay una fuerte oposición a que el médico sea el ejecutante final en el suicidio asistido; hay una muy fuerte resistencia. En realidad, este punto tiene una magnitud muy importante.

Como ustedes sabrán, en Suiza está aceptada la muerte asistida porque no la realizan los médicos, pero no se acepta la eutanasia porque se entiende que deben hacerla los profesionales.

De manera que el tema del suicidio asistido crea otro tipo de discusión sobre la cual es muy difícil llegar a una postura. Aunque a muchos nos parezca que el papel del médico es muy discutido y creamos que, en lo posible, debería ser excluida su participación directa, en realidad, no tenemos alternativas sustitutivas de esa participación directa ni existe unanimidad en el colectivo médico.

Por lo tanto, esa parte la hemos sacado de nuestra exposición, que pretendía tomar el siguiente punto de partida: si la parte más débil de nuestro sistema de salud, que es el interior, tendría repercusiones mayores que Montevideo -que también tiene sus carencias muy marcadas en algunos rubros-, en esto de llevar el equipo de cuidados paliativos a todos.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿Me permite? Le pido disculpas por interrumpirlo. Ya es la hora 12 y 15 y tenemos a otra delegación esperando para ser recibida. Lamento mucho tener que finalizar aquí la reunión, pero se ha pactado destinar una hora para recibir a cada delegación.

Seguramente, mañana o pasado recibirán la versión taquigráfica de esta reunión. A partir de ese material, la Federación podrá contestar las preguntas que quedaron planteadas.

SEÑOR CLUZET (Oscar).- Lamento mucho que haya finalizado nuestro tiempo porque me hubiera gustado responder a otros legisladores.

SEÑORA PRESIDENTA.- En realidad, los señores diputados deberían administrar un poco mejor los tiempos: deberían fundamentar menos para que los invitados pudieran responder todas las preguntas.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- En esta Comisión, sabiendo la sensibilidad que tiene el tema y su profundidad, todas las delegaciones tienen el derecho a, por escrito, mandarnos las respuestas que hayan quedado pendientes, como ya se señaló.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos su presencia.

(Se retira de sala una delegación de la Federación Médica del Interior)

(Ingresa a sala una delegación del Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo)

——La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación del Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo, integrada por la doctora Ana Guedes Médica, especialista en Medicina Interna y Oncología y diplomada en Cuidados Paliativos y Bioética, y al doctor Diego Velasco Suárez, abogado y profesor de Filosofía del Derecho.

El año pasado, ya tuvimos oportunidad de intercambiar con ustedes en esta Comisión. Ahora, estamos dedicados, específicamente, a abordar dos proyectos de ley vinculados a regular y a garantizar, uno, la eutanasia y, el otro, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Estamos recibiendo a diversas organizaciones, a la sociedad civil, a las sociedades científicas y a la academia con el fin de escuchar los planteos que tengan para realizar sobre ambos proyectos.

Les aclaro que la dinámica de trabajo que tenemos es que, primero, ustedes hagan su exposición en más o menos veinte minutos y después, los miembros de la Comisión de Salud y los delegados de sector que están presentes hagan las preguntas que entiendan convenientes. Si, eventualmente, quedaran preguntas sin responder, como se les va a remitir la versión taquigráfica, podrán contestarlas por escrito. De esta manera, podremos contar con su aporte.

SEÑORA GUEDES (Ana).- Los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido se encuentran en el centro de la discusión pública en nuestro país.

En ese contexto, agradezco la convocatoria por parte de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes a la Universidad de Montevideo, a la que vengo a representar junto con el doctor Diego Velasco Suárez.

Voy a hablar desde la experiencia que me han dado mis cuarenta años de práctica clínica y mi formación en medicina interna, oncología, cuidados paliativos y bioética, así como mis veinte años asistiendo y gestionando un servicio de cuidados paliativos.

Además, mi experiencia es trasmitida desde hace ocho años a la formación docente de médicos, enfermeros y psicólogos en el curso avanzado de Cuidados Paliativos de la Universidad de Montevideo.

Esta presentación tiene por objeto esclarecer conceptos cuya falsedad conduce a conclusiones erróneas que pretenden fundamentar la necesidad de una ley de eutanasia. Abordaré algunos mitos sobre los cuidados paliativos y la eutanasia que se escuchan con frecuencia y que dificultan la toma de decisiones informadas.

Además, me voy a referir al impacto que tendría la implementación de la eutanasia en el desarrollo de los cuidados paliativos y explicaré por qué la complementariedad que se postula no es tal ni en lo sustancial ni en lo práctico. El propósito es mostrar que el

sufrimiento insoportable que se pretende atender con la eutanasia y el suicidio asistido es tratable con la implementación de cuidados paliativos accesibles, universales e integrales.

Comenzaré contextualizando y puntualizando algunos aspectos sobre la definición, el desarrollo y la importancia de los cuidados paliativos en el Uruguay.

La Organización Mundial de la Salud hace una definición completa sobre qué son los cuidados paliativos. Establece que son "[…] un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluyen la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales".

Los cuidados paliativos son considerados un derecho humano dentro del derecho a la salud desde 1990 y constituyen el paradigma de la sociedad para resolver el problema de la muerte digna.

¿Cuál es el objetivo de los cuidados paliativos? Lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia, considerando el morir como un proceso normal y natural. No intentan adelantar ni retrasar la muerte, sino que afirman la vida y constituyen un verdadero sistema de apoyo y de soporte para la persona enferma y su familia.

Surgen en 1960 en el Reino Unido y sus principios se resumen sabiamente en la definición de su impulsora y pionera, la doctora Cicely Saunders. Ella sostenía lo siguiente: "Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad".

Los cuidados paliativos incluyen el tratamiento de enfermos terminales, pero también de enfermos crónicos avanzados. Cuentan con un cuerpo propio de conocimiento y con principios específicos, que muchas veces son ignorados por otros especialistas que opinan sin el conocimiento suficiente, perpetuando mitos y empañando la discusión.

En Uruguay, esta disciplina comenzó a desarrollarse en 1980 y ha ido evolucionando hacia el modelo de atención paliativa hospitalaria, domiciliaria y en policlínica, tanto en el sector público como en el privado.

En 2008, los cuidados paliativos fueron considerados un derecho por la Ley Nº 18.335 y se incluyeron en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Cuentan, además, con el respaldo del MSP a través del Plan Nacional de Cuidados Paliativos. La elaboración y aprobación de esta normativa llevó a un importante avance en la cobertura asistencial nacional. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer para controlar su cumplimiento y aplicación. Pese a las buenas intenciones y a los importantes progresos, los cuidados paliativos no son universales en Uruguay, no respetándose la equidad ni la accesibilidad en todo el territorio nacional.

Como es de conocimiento de la Comisión, en 2021 recibió media sanción un proyecto de ley de cuidados paliativos -de cuya elaboración participé- que busca garantizar el cumplimiento de las normas vigentes y el acceso universal a dicha prestación.

Quiero destacar la importancia que tiene el acceso a los cuidados paliativos. Ellos nacieron respondiendo a una verdadera necesidad, que es el manejo competente del sufrimiento de los pacientes. Su principal causante es el dolor, que se presenta en alrededor del 50% de los pacientes con cáncer y en aproximadamente el 75% de las personas que se encuentran cursando la etapa terminal de la enfermedad. Entre el 80% y

el 95% de los pacientes puede, potencialmente, controlar el dolor con medicación vía oral. Sin embargo, entre el 50% y el 80% de los casos se trata en forma inadecuada.

En nuestro medio, se destaca una encuesta realizada a residentes por un grupo del Hospital Maciel, liderado por la doctora Píriz, acerca de las pautas de la Organización Mundial de la Salud para el manejo del dolor. Los datos arrojaron que el 73% de los residentes desconocía la escalera analgésica de la OMS y que el 63% no indicaba morfina habitualmente, base absoluta del correcto manejo del dolor. Esto es preocupante dado que el dolor mal manejado tiene consecuencias dramáticas: en los pacientes, disminuye la autonomía y amenaza la autovaloración de la propia dignidad; a nivel familiar, causa sufrimiento e impotencia y duelo patológico; a nivel del personal sanitario, ocasiona frustración e impotencia, y a nivel del sistema sanitario, provoca un uso inadecuado de los recursos, lo que pone en evidencia la medular importancia y la urgencia de desarrollar y de universalizar los cuidados paliativos en el país.

A continuación, analizaré los conceptos erróneos sobre la eutanasia y la atención paliativa que, por repetición, se constituyen en mitos y enturbian el debate sobre la muerte asistida. Todos los datos a los que haré referencia -tanto los nacionales como los internacionales- están respaldados por estudios referenciados, a los que se puede acceder a través del material que ya envié por *mail* a la Comisión.

El mito uno es que los cuidados paliativos son caros, por lo que la eutanasia es el camino para aliviar el sufrimiento. Esto no es así. La implementación de cuidados paliativos constituye un ahorro masivo para los prestadores de salud, reduciendo los días de internación, posibilitando en la mayoría de los casos el fallecimiento en domicilio y previniendo el alto número de reconsultas, el sufrimiento y la demanda de muerte anticipada, consecuencia del mal control de síntomas de los pacientes que no cuentan con la atención debida.

El mito dos es que la administración de morfina es eutanasia. Esta es una mentira tan repetida que muchos creen que es cierta, pero no lo es. La morfina se utiliza para calmar al paciente, siendo el fármaco de elección recomendado por la OMS para el alivio del dolor moderado y severo o de falta de aire en enfermedades que amenazan la vida. Estar recibiendo morfina a dosis suficientes y necesarias, administrada por profesionales capacitados, no significa que se acerque el final de la vida ni produce paro cardiorrespiratorio. Recibir un correcto tratamiento del dolor es un derecho y nada tiene que ver con la eutanasia.

El mito tres es que la sedación paliativa es eutanasia y que la eutanasia se realiza en las sombras. Es falsa la afirmación de que la eutanasia se realiza en las sombras en nuestro país. Si así fuera constituiría un delito y debería investigarse y penalizarse a quien la realice y no legislar para despenalizar a quienes hipotéticamente la realizaran. Este mito responde a una confusión entre sedación paliativa y eutanasia. El antiguo cóctel lítico fue erradicado de la práctica médica y no se realiza hoy en día en Uruguay.

Mi experiencia clínica de hace más de cuarenta años me permite afirmar que el objetivo de dicha práctica no era provocar la muerte inmediata -que de hecho no ocurría-, sino que los pacientes aguardaban su muerte natural sedados y la misma ocurría en horas o días. El objetivo era ofrecer analgesia y sedación continua y profunda a los pacientes terminales con síntomas de difícil manejo con los fármacos y el conocimiento disponible en aquel entonces -demerol, fenergan y largactil- que ya no se utilizan para estos fines. Su uso ha sido progresivamente sustituido por las pautas de sedación de cuidados paliativos que usan fármacos modernos -midazolam, el más frecuente- a dosis mínimas necesarias para aliviar el sufrimiento de los pacientes con síntomas refractarios, sin adelantar ni retrasar la muerte

Muchas veces se utilizan combinaciones de fármacos adecuados al cuadro clínico del paciente. La sumatoria de distintos fármacos cuando es necesaria no es sinónimo de cóctel lítico, sino que responde al correcto abordaje terapéutico de la multiplicidad de síntomas que puede presentar el paciente como náuseas, dolor, falta de aire, indicación de sedación, por ejemplo. Queda claro, entonces, que la diferencia entre sedación paliativa y eutanasia es nítida: difieren en su objetivo -sedar versus matar-, en su método -sedante versus veneno- y en su resultado -paciente sedado versus paciente fallecido.

El mito cuatro es que los pacientes no oncológicos sufren porque los cuidados paliativos son solo para pacientes oncológicos. Esto no es así. Tanto los pacientes oncológicos como no oncológicos, o sea, pacientes con patologías no malignas crónicas avanzadas -como demencia con complicaciones médicas, accidente cerebrovascular, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, nefropatías, hepatopatías, Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, y otras- se pueden beneficiar de cuidados paliativos.

Esto implica definir en qué pacientes no deben plantearse tratamientos fútiles, según criterios específicos de terminalidad y declive funcional reciente, previniendo la obstinación terapéutica y ofreciendo cuidados paliativos que permiten aliviar los síntomas sin encarnizarse, pero, al mismo tiempo, sin abandonarlos. De este modo, pueden finalizar su vida de una manera más humanizada. Actualmente, todos los servicios de Uruguay atienden a un porcentaje creciente de este tipo de pacientes, por lo tanto no es cierto que la población de enfermos no oncológicos no tenga amparo médico ante el sufrimiento y que requiere de la eutanasia como solución. Una cosa es que un paciente no haya accedido a la atención debida y otra es que no haya herramientas para ayudarlo; afortunadamente las hay.

El mito cinco es que los pacientes con ELA no tienen posibilidades de alivio en sufrimiento. La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad rara -hay uno o dos casos cada cien mil habitantes-, por lo que existe desconocimiento social y muchas veces profesional al respecto. Es una condición grave, degenerativa e invalidante que suele generar en los afectados una sensación de soledad y exclusión social, cultural y económica, además de demandar grandes esfuerzos familiares de cuidado y desafiar al sistema de salud.

Los pacientes con ELA acceden en nuestro país a la atención por equipo de cuidados paliativos. Esto es desde que en 2008, en Casmu, comenzamos a trabajar de forma interdisciplinaria y a formarnos en la atención y alivio de los síntomas específicos de esta patología. Los resultados demostraron que estos pacientes lograban mejorar su calidad de vida y la de sus familias, aliviándose los síntomas vinculados a la afectación bulbar como son los trastornos de deglución, la articulación de la palabra y la disnea.

Este primer modelo impulsó el desarrollo progresivo de la asistencia paliativa a los pacientes con ELA que comenzó en Montevideo y hoy está disponible en numerosos servicios de todo el país. Que los pacientes con ELA solo tienen la eutanasia como salida no solo es falso, sino que además es un mito que atenta contra los esfuerzos para continuar desarrollando opciones terapéuticas cada vez más provisorias y, por qué no, potencialmente curativas.

El mito seis es que las personas con demencia no tienen proyectos vitales, no son personas, su vida es indigna y la eutanasia es un alivio al sufrimiento. Esto no es así pese al déficit cognitivo dado por ejemplo, por la enfermedad de Alzheimer. Estos pacientes expresan dolor, alegrías, deseos y necesidad de ser adecuadamente atendidos y escuchados con empatía. En mi experiencia clínica asistí a miles de enfermos con demencia en policlínica, internación y domicilio. Puedo asegurar que la verdadera dificultad que afecta la dignidad percibida de estos pacientes está en los problemas en

sus cuidados, en cuanto a su continuidad o permanencia, en cuanto al nivel de conocimiento, calidad humana y ética de los cuidadores que practican con alta frecuencia el abuso económico, emocional y patrimonial de los mayores.

Es preocupante que en distintas muestras estudiadas el nivel socioeconómico de la población con demencia es insuficiente, sumado a que, según el Instituto Nacional de Estadística un 34,22% de las personas mayores habitan en hogares unipersonales. Estas carencias conspiran contra el cuidado de nuestros mayores. El camino del bien común, lo digno y humano y el deber del Estado es otorgar recursos para la atención de estos pacientes, en lugar de crear leyes para empujarlos a su eliminación. Los cuidados paliativos ofrecen la posibilidad de que los pacientes con demencia, al igual que todos los demás, puedan vivir una etapa final de su vida con cuidados dignos y humanos, disfrutando a su manera y con confianza en sus cuidadores.

El mito siete es que el deseo de adelantar la muerte es lo mismo que pedir eutanasia. Este es uno de los mitos más peligrosos. Todo paliativista sabe que el deseo de adelantar la muerte es una entidad clínica en cuidados paliativos que obedece a un sufrimiento multidimensional, que puede involucrar lo físico, lo psicológico, lo social y lo espiritual. Como síntoma clínico el deseo de adelantar la muerte es tratable y baja su intensidad, o revierte, en un 95% de los casos. El 5% restante por sufrimiento refractario dispone de la pauta terapéutica de sedación, como se explicará más adelante. El paciente que presenta ese deseo en un inicio está manifestando una necesidad de cuidado y de sanación de su valor percibido.

A medida que se construye la red de tratamiento, apoyo y acompañamiento, dicho deseo se alivia o revierte, para dar lugar a la resignificación del proceso que afronta -perdonar, ser perdonado, agradecer, despedirse, cumplir deseos y proyectos, o dejar legados-, lo que permite recibir a la muerte en paz y sin dolor, como todos merecemos como derecho humano. Las formas clínicas en que suele presentarse el deseo de adelantar la muerte son: "No quiero vivir más así"; "no quiero ser una carga para mi familia", manifestar deseo de morir por miedo al abandono, depresión no diagnosticada e ideas de muerte y autoeliminación

La solicitud de eutanasia -para morir en minutos a causa de un fármaco letal- es totalmente excepcional y no debe equipararse esta forma clínica de deseo de adelantar la muerte con un pedido de eutanasia, que es, además, también tratable y reversible. Emplear confusamente el concepto de pedido de eutanasia como si fuese lo mismo que presentar deseo de adelantar la muerte lleva a sobreestimar falsamente la demanda de eutanasia. Decir que dos médicos en un acto transversal separados por unos días son garantía de que el paciente presenta un sufrimiento irreversible en las múltiples dimensiones es carecer totalmente de conocimiento de lo que es el proceso de atención de un paciente al final de la vida.

El mito ocho es que los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido pueden ser complementarios. La complementariedad planteada por diferentes defensores de la muerte asistida no es tal. Son dos paradigmas con fines contrapuestos, que no pueden complementarse: la eutanasia ataca la integridad y concreción de los fines de la medicina paliativa al eliminar al paciente. Los cuidados paliativos son la aplicación de una delicada y progresiva construcción de una red de cuidado guiada por consensos y recomendaciones de expertos, a través de la mano del esfuerzo profesional, la que se paraliza ante la invocación por cualquier persona del entorno del paciente de una ley de eutanasia. El fin de los cuidados paliativos no es compatible con el proceso de eutanasia, ni con su dureza, ni con la soledad y el aislamiento en que mueren muchas de las personas que optan por el camino de la muerte asistida. Además de no ser compatibles en lo sustancial, tampoco lo son en la práctica.

La experiencia y la evidencia publicada sobre Bélgica muestra que los médicos se sienten presionados desde lo social académico o institucional para proceder a la eutanasia sin cuestionarse lo que debilita sus esfuerzos por buscar recursos para la atención de todas las dimensiones afectadas de la vida del enfermo y para la atención sostenida a los detalles que alivian la carga de sufrimiento: quienes plantean a la eutanasia como un complemento de los cuidados paliativos parecerían buscar, en mi opinión, hacer uso de los recursos ya instalados de los cuidados paliativos para facilitar la viabilidad de la muerte asistida. En los países en que esto pasa se describe un supuesto aumento de los cuidados paliativos cuando se legaliza la muerte asistida, y esto suele presentarse como algo bueno. Sin embargo, estas cifras son engañosas: parece que aumenta el volumen de pacientes que está recibiendo cuidados paliativos, cuando en realidad dicho volumen corresponde a los pacientes que son derivados desde todo el sistema de salud para acceder a la muerte asistida.

Según mi experiencia, basada en la atención de ocho mil enfermos, el deseo de adelantar la muerte como síntoma clínico se presenta en un 25% a 30% de los pacientes. La atención integral del sufrimiento físico, social, emocional y espiritual, logra bajar la carga de sufrimiento total o parcialmente, a niveles de un síntoma tratable y reversible en el 95% de los casos. De complementarse los cuidados paliativos con la legalización de la eutanasia, estos pacientes con deseo de adelantar la muerte reversible arriesgarían morir antes de ser tratados. En los casos en los que no se logra aliviar el deseo de adelantar la muerte luego de la aplicación de pautas y consensos por tiempos prudenciales, los equipos de cuidados paliativos hacen diagnóstico de sufrimiento refractario y se aplica el protocolo de sedación paliativa de la conciencia, siempre bajo consentimiento, logrando aliviar el sufrimiento. Si los pacientes con deseo de adelantar la muerte, fueran empujados hacia la eutanasia o el suicidio asistido, sin dudas habría impacto en los resultados de asistencia a las enfermedades crónicas y se violarían los derechos al alivio, al cuidado y a la atención integral

Si extrapolamos las proporciones mencionadas a todos los pacientes que requieren cuidados paliativos en Uruguay -treinta mil, según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública, sobre las muertes de todas las causas por enfermedades crónicas en Uruguay- se desprende que el 30% -aproximadamente diez mil- presentarían deseos de adelantar la muerte y que 9.500 lo revertirían con atención integral. De legalizarse la eutanasia, estas 9.500 vidas se arriesgarían a ser empujadas hacia la misma, nunca podrían llegar a recibir la atención que merecen y no verse revertido su deseo de muerte anticipada.

De aprobarse la ley de eutanasia y suicidio médicamente asistido, estaríamos poniendo en riesgo además a 22.740 personas al año que realizan intentos de suicidio, que podrían acogerse en la ley por sufrimiento insoportable. Esta cifra se desprende de los 758 suicidios que hubo en Uruguay en 2021, sabiendo que hay al menos treinta intentos por cada suicidio consumado. Finalmente, me gustaría destacar que los cuidados paliativos son la respuesta global que genera el tener la vida amenazada. La eutanasia y el suicidio médicamente asistido no son necesarios ni positivos porque amplían el sufrimiento que pretenden eliminar llevando la muerte y la falta de oportunidad a los pacientes vulnerables por su situación de salud o por su condición económica, social o competencia mental. Legalizar estas prácticas sería violar el derecho de todo paciente a acceder a cuidado, alivio y atención sanitaria integral.

En palabras de la pionera de medicina paliativa, doctora Cicely Saunders, "[…] aquellos que creen en un derecho legal de poner fin a la vida minarían la paz del espíritu y la ausencia de miedo de muchas personas vulnerables".

Como conclusión deseo trasmitir que mi experiencia me permite afirmar que la muerte asistida tiene demanda solo ante un sistema de salud y cuidado insuficiente. El

sufrimiento insoportable que se pretende atender con la eutanasia y el suicidio asistido puede ser aliviado con cuidados paliativos accesibles, integrales y universales.

Quisiera quedar a total disposición para asesorar en la implementación de la universalización de los cuidados paliativos, camino que creo que es el que debemos recoger.

Agradezco a la Comisión su amable escucha y quedo abierta a sus preguntas.

SEÑOR VELASCO (Diego).- Agradezco también la oportunidad de intervenir con estos aportes a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social sobre la discusión de los proyectos de ley de eutanasia y suicidio médicamente asistido.

Vengo como profesor de Fundamentos del Derecho -una materia de la Facultad de Derecho de la Universidad de Montevideo- ; estudio desde hace muchos años los temas claves que se ven afectados por esta ley. Por eso escribí un libro titulado "Eutanasia y dignidad. Perspectivas jurídica, filosófica, sociológica e histórica de un debate", publicado recientemente por Fundación de Cultura Universitaria, que pongo a su disposición.

En esta exposición, en primer lugar, analizaré brevemente, cuál es el concepto de dignidad y derechos humanos que recoge la Declaración Universal de Derechos Humanos y nuestra Constitución, deteniéndome en el derecho a la vida y su carácter irrenunciable.

En segundo lugar, veremos cómo se concretan estos principios fundamentales en el ordenamiento jurídico vigente, tanto en la ley penal, como en las leyes que consagran los derechos de los pacientes y los deberes de los médicos, y cómo se modificarían con los proyectos a estudio.

Por último, a la luz de los principios vistos en primer lugar, recogidos en la Constitución, veremos por qué el Parlamento no tiene potestad jurídica para hacer estos cambios; veremos qué implicancias tiene sacar esa piedra fundamental del edificio del derecho, de la convivencia social y de la medicina, que es la igual dignidad, y cómo se responde, desde estos principios, a los argumentos que se esgrimen para legalizar la eutanasia.

Empecemos por la dignidad inherente y por los derechos humanos.

Con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, en 1948, después de la experiencia -como dice el preámbulo- de los 'actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad' del régimen nazi, la humanidad llegó a un consenso básico: la necesidad de reconocer la igual dignidad inherente a todo ser humano, y sus consiguientes iguales derechos humanos, que se tienen solo por ser humano y que por ello son irrenunciables y deben ser garantizados por los Estados a todos por igual.

En el artículo 1º, se señala: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros".

Aquí está, en primer lugar, el concepto de dignidad. Hay un mínimo objetivo que todos deben respetar: la igual dignidad de todo ser humano. Se toma el concepto de Kant: todo ser humano es persona -no cosa- ; es lo más valioso; tiene un valor absoluto inherente -por ser humano- y no un valor relativo -que depende de cuánto sea valorado, como las cosas, que tienen precio- ; por eso, debe ser valorado. Se debe querer que sea, que exista, y que sea todo lo que puede ser; y se debe actuar en consecuencia. De esta manera, de la dignidad nace el deber. Por ejemplo, si tengo un auto muy valioso no lo rompo; lo cuido. Pero como no es lo más valioso, nada me indica que no deba cambiarlo por otro más valioso, y que, si se deteriora y pasa a ser muy costoso mantenerlo y nadie quiera comprarlo, lo deseche. Pero si hay algo -alguien- que es lo más valioso -digno-, no

debo desecharlo; debo querer que sea y hacer lo que necesite para ser todo lo que pueda ser. Estos son los derechos.

Las acciones libres tienen este deber. Son acciones dignas -debidas, adecuadas a esa dignidad esencial- si respetan esa dignidad; si no, son indignas -indebidas. En cambio, la persona es siempre digna; sus acciones pueden ser dignas o indignas.

En segundo término, en cuanto al concepto de derecho, no es algo individual, sino social. Tenemos derechos porque no somos individuos completamente autónomos, independientes, que no necesitamos de los demás. Para poder existir y para desarrollar nuestras potencialidades necesitamos que los demás no hagan o hagan determinadas acciones

Si esto que necesitamos de los demás lo necesitamos por el solo hecho de ser seres humanos, esas omisiones o acciones son derechos humanos, iguales para todos los humanos. ¿Qué es entonces un derecho humano? Lo que todo ser humano necesita que los demás hagan -o no hagan- para poder existir y desarrollar sus potencialidades comunes a todo ser humano.

En tercer lugar, aquí está el fundamento de los derechos. ¿Cuál es el fundamento de los derechos? ¿Por qué son un derecho y no tan solo una mera necesidad? Son derecho porque hay otros que tienen el deber correspondiente. No hay derecho si no hay un deber correspondiente. Y los otros tienen el deber porque somos dignos, lo más valioso y, por eso, deben valorarnos, hacer o no hacer lo que necesitamos para ser y desarrollarnos.

El fundamento del deber y, por tanto, del derecho correspondiente, es la dignidad de la persona humana. Es algo objetivo: si es humano, es digno; tiene derechos humanos, y los demás tienen deberes humanos correspondientes.

En cuanto al derecho a la vida -que está reconocido en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y en la Constitución-, lo primero que alguien necesita para poder desarrollar sus potencialidades es existir, vivir. Y lo primero que los demás deben no hacer, según lo que exige la dignidad de esa persona, es no matarlo. Este es el mínimo exigido; el núcleo esencial del derecho a la vida.

El primer deber es no matar; el primer derecho es no ser matado. Si no respeto el derecho a la vida de alguien no respeto ningún derecho suyo: elimino, con el sujeto, a todos sus derechos. Se mata aquello cuya existencia no se valora; matar y no respetar la dignidad son una misma cosa. En el ejemplo del auto, si es lícito desecharlo es porque no es digno. La acción más indigna es matar a un ser digno, a una persona.

En la Constitución uruguaya, el deber de no matar es absoluto y, por tanto, el derecho a la vida es absoluto. Según lo dispuesto en el artículo 26 de la Constitución, a nadie se aplicará la pena de muerte. Nadie tiene permiso para matar a nadie, ni al peor criminal, porque toda vida es digna. Así lo dice unánimemente la Suprema Corte de Justicia. Solo está permitido matar por legítima defensa como medio coactivo de hacer cumplir el mismo derecho a la vida.

¿Se puede renunciar a un derecho humano, como el derecho a la vida? Si es un derecho que se tiene por ser humano, aunque se renuncie, igual sigue teniendo ese derecho, porque sigue siendo humano y, por tanto, los demás siguen teniendo el deber correspondiente. ¿El derecho a la vida es irrenunciable? Sí; si estoy vivo tengo vida. Mi vida, que es mi existencia, mi ser, es digna y debe ser valorada y respetada. Todos tienen el deber de no matarme.

Obviamente, si es irrenunciable, ante un conflicto en la misma persona entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad, debe prevalecer el derecho a la vida, si no, no

sería irrenunciable. Y lo que importa más en la cuestión de la eutanasia y el suicidio asistido es que la renuncia no produce efectos jurídicos; no se pierde el derecho a la vida ni se elimina el deber de no matar. El médico sabe que el paciente es un ser humano y que por eso -razón más que suficiente-, no debe matarlo ni ayudarlo a darse muerte, porque es digno; su vida vale por más que él no la valore. Nadie necesita saber si una persona quiere que la maten para saber que no debe matarla.

¿Cómo se concretan estos principios en el derecho positivo vigente, en la ley penal y en las leyes sobre derechos de los pacientes y deberes de los médicos?

Siguiendo el mandato constitucional de proteger en el goce de la vida -artículo 7° de la Constitución-, mediante leyes que traten a todos como iguales en dignidad y en los derechos que deriven de su condición humana -según el artículo 8° de la Constitución-, limitando el ejercicio de la libertad cuando viola derechos ajenos o el orden público, es decir, derechos propios irrenunciables -conforme al artículo 10-, la ley penal vigente establece lo siguiente. En el delito de homicidio -artículo 310 del Código Penal-, el deber de no matar a nadie por parte de nadie; y el derecho de la sociedad a que este valor inviolable de la vida humana se proteja mediante la prohibición penal con la correspondiente amenaza y sanción de una pena.

Los proyectos de eutanasia proponen que haya personas que pueden y deben matar -los médicos-, y personas que pueden ser matadas -los que la ley establezca que son eutanasiables-, si previamente renuncian a su derecho a la vida. En estos casos no habrá homicidio ni pena, sino derecho a ser matado y deber de matar. Los ciudadanos clase A, los no eutanasiables, sí serían protegidos por la previsión y penalización del delito de homicidio.

En el delito de determinación o ayuda al suicidio -artículo 315 del Código Penal-, queda clara la irrenunciabilidad del derecho a la vida. Aunque se renuncie, los terceros siguen con el deber de no matar y de no ayudar al suicidio, lo cual muestra que no hay derecho al suicidio, si no, no sería delito ayudar a cumplir un derecho.

Con el suicidio médicamente asistido se plantea respecto a este delito la misma discriminación recién analizada: eutanasiables no; no eutanasiables sí entrarían dentro del delito de asistencia al suicidio.

Finalmente, también queda clara la irrenunciabilidad del derecho a la vida en el artículo 37 del Código Penal. El homicidio ante súplicas reiteradas de la víctima es delito de homicidio; está prohibido como delito aunque el Juez, juzgando en el caso concreto los móviles de piedad del victimario puede exonerarlo de castigo. No se plantea ninguna discriminación con respecto a la víctima; no se prevé que esté en una determinada categoría, que tenga determinada patología, por ejemplo. Además, la acción sigue estando prohibida como delito. Lo que se analiza, en el caso concreto -para no dar un permiso previo, general, para matar-, son los móviles del victimario, que pueden determinar que no se le aplique una pena.

Con los proyectos de eutanasia no importan los móviles del médico. Podrían no ser por piedad; ninguno de los proyectos los mencionan. Es más: podrían ser espurios los motivos. Ninguno de los proyectos mencionan que no deben haber motivos espurios. Lo que importa es la calidad de la víctima que determina que sea considerada por la ley como vida sin valor social; solo vale si el eutanasiable la valora. Tiene un valor relativo -precio-, porque depende de ser valorada, y no un valor inherente, absoluto, que exija valoración incondicional.

Por su parte, las leyes que consagran y regulan los derechos de los pacientes -tanto la N° 18.335 como la Ley de Voluntades Anticipadas, la Nº 18.473 y la correspondiente ley que sanciona el Código de Ética del Colegio Médico la Nº 19.286-, protegen esa igual

dignidad de toda persona que determina que su vida tiene siempre valor inherente de dignidad. Es lo más valioso y, por eso, merece ser valorada hasta el final natural de su vida. Por eso el derecho a morir dignamente exige -según el artículo 17 de la ley sobre el derecho de los pacientes- en primer lugar, morir en forma natural, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin, eutanasia. El proyecto de ley de eutanasia, presentado en diciembre pasado, propone modificar el artículo 17 de la ley de derechos de los pacientes, eliminando esos pasajes. Se pretende derogar el derecho a morir en forma natural -es curioso, ¿no?-, violando el primer principio de la ética médica, que es el de no maleficencia -*primum non nocere*-, que implica primero no dañar y no causar un mal. El peor mal, que priva de todos bienes -derechos- dañando a la persona, es la muerte.

La misma prohibición está contenida en el artículo 46 del Código de Ética Médica. Entonces, también se deroga ese artículo. El legislador, ingresando a un ámbito que no le compete, establece que la eutanasia deja de ser contraria a la ética de la profesión médica. El legislador solo puede extender a todos los médicos esas normas éticas que establezcan los médicos, a través de la obligatoriedad de la inscripción en el Colegio Médico, pero no puede ser él quien establezca o modifique esas normas éticas, porque no tiene competencia más que para establecer o derogar normas jurídicas. De lo contrario, violaría el artículo 10 de la Constitución, y la libertad de asociación del artículo 39.

En cuanto a los proyectos de ley de eutanasia y los principios constitucionales fundamentales se puede decir que los proyectos de ley de eutanasia pretenden una extralimitación del principio de autonomía del paciente. Es decir, que no solo tenga derecho a que el médico no le haga acciones que considera que son convenientes, según el principio de beneficencia -tiene que estar siempre limitado por el principio de autonomía en cuanto al respeto a la autonomía del paciente-, sino que tenga derecho a que el médico le haga acciones que, según el principio de no maleficencia, y conforme a las leyes del arte de la profesión médica, causan un perjuicio a su salud y a su vida. Se pretende imponer la voluntad del paciente al deber del médico de no dañar, violando el principio *primum non nocere*: lo primero es no dañar.

Parecería que el nuevo paradigma es la autonomía por sobre el deber de no dañar. El pedido de eutanasia, si es libre, generaría el deber del médico de matar, porque toda persona sería dueña de su vida y tendría derecho a disponer de ella. Sin embargo, no hay ley de eutanasia que establezca el derecho de toda persona, sin discriminación, a disponer de su vida y a renunciar a no ser matada, y que determine el deber de los médicos de matar a toda persona que se lo pida libremente. Si lo hiciera, es decir, si hubiera una ley que dijera eso, obviamente se negaría la dignidad de todas las personas; todas serían cosas que no valen para la sociedad y que solo valen si ellas se valoran. No habría derechos humanos inherentes que dependan solo de ser humano. Por eso, todo derecho podría renunciarse y perderse.

Paradójicamente, invocando como fundamento la libertad, solo se permite renunciar al derecho a la vida a quienes tienen más condicionada su libertad, es decir, a quienes por el sufrimiento insoportable tienen viciado su consentimiento y forzada su voluntad para optar por lo que se les presenta como única forma de terminar con el sufrimiento, que es terminar con su vida. La renuncia y el acuerdo con el médico se basan en una voluntad viciada, no libre, por un estado de necesidad y de sufrimiento, en el que no ve otra opción. En cambio, si el que pide la eutanasia es una persona joven, sana, autónoma, productiva o que se puede sanar y puede recuperar la autonomía, es decir, alguien que claramente es más libre porque tiene más opciones y no tiene un sufrimiento objetivamente insoportable que lo fuerce en su decisión, aunque sea más libre, no se lo

debe matar; no es eutanasiable. La sociedad, en la misma ley de eutanasia, valora su vida. Su vida es irrenunciable. Si el médico lo mata, comete delito de homicidio, porque su vida es de orden público; es un bien jurídico tutelado penalmente por la sociedad. La eutanasia supone siempre, primero, un acto del legislador en representación de la sociedad: la eutanasia social, el acto por el que toda la sociedad considera que hay vidas sin valor social, que hay personas sin dignidad inherente, y que no tienen derechos humanos, porque su derecho humano principal no depende de que sea humano, sino de que sea sano, joven, autónomo y productivo. Entonces, es una ley que discrimina y categoriza entre ciudadanos clase A, que la sociedad valora, y ciudadanos clase B: los eutanasiables. En realidad, todos dejaríamos de ser dignos para la sociedad. En lugar de ser todos iguales en dignidad y derechos humanos, como dice la Declaración Universal de Derechos Humanos, seríamos todos distintos en valor, sin dignidad y sin derechos humanos, porque no tendríamos un valor máximo inherente por ser seres humanos -no tendríamos dignidad-, sino que tendríamos un mayor o menor valor social -un precio social-, según el grado de juventud, autonomía -libertad fáctica-, productividad, salud, y un mayor o menor valor individual subjetivo, según la apreciación de cada uno de su propio valor. Ninguno tendría derechos humanos, es decir los derechos que le correspondan por ser humano, sino que su principal derecho, que es la condición de todos los demás, su derecho a la vida, le correspondería por esas otras condiciones: ausencia de sufrimiento, enfermedad, vejez, dependencia, más su propia valoración. Incluso, cambiando el significado de las palabras, se pasa a llamar dignidad a esta apreciación subjetiva de la propia indignidad, a esta libertad o autonomía para decidir si mi vida vale o no vale. La dignidad deja de ser inherente e igual para todo ser humano, para pasar a ser algo variable y subjetivo, que es diferente para cada uno.

Y aquí llegamos a la cuestión central: ¿es esta la igual dignidad inherente de todo ser humano que menciona la Declaración Universal de Derechos Humanos? No, porque ni es igual para todos, ni es inherente -no es inseparable de la esencia o condición humana-, ni es irrenunciable, ni puede generar ningún deber en los otros. ¿Por qué tengo yo que valorar al otro según sus valores? ¿No soy tan libre como él? ¿No tengo la misma libertad de conciencia para juzgar sobre lo que yo valoro? Se cae todo el fundamento del derecho. Lo que sucede es que se confunde la dignidad con el fundamento de la dignidad. El consenso al que se arribó en 1948 no llegó a cuáles eran los fundamentos de la dignidad, sino solo a que todos reconocían que la igual dignidad de todo ser humano era el fundamento de los derechos humanos, la base de la paz y de la justicia entre las naciones, y el punto firme y objetivo, a partir del cual se podía llegar a una ética y un derecho universal.

Consideramos que la autonomía y la libertad son capacidades esenciales del ser humano, que manifiestan su dignidad. Y también entendemos -lo establece el artículo 10 de la Constitución- que el respeto a la libertad de cada persona es un deber jurídico, pero que solo se tiene derecho a actuar según la propia elección libre cuando ello no viola los derechos ajenos o el orden público, como dice el artículo 10. El orden público es lo que está constituido por los derechos propios irrenunciables, y los derechos humanos, en su núcleo esencial, son irrenunciables. La sociedad tiene el deber de reconocerlos y protegerlos a todos por igual, por lo que no puede establecer el derecho a renunciar a un derecho irrenunciable; no puede imponer el deber de violar un derecho humano, y menos si ese derecho es el derecho a la vida; sería considerar que hay personas sin dignidad y sin derechos humanos. La sociedad toda tiene derecho a que se reconozca la igual dignidad inherente de toda persona. Por lo tanto, nadie tiene derecho a que los demás consideren que su vida no es digna o que perdió valor porque él no la valora.

No hay derecho a disponer de la propia vida, a poner fin a la propia vida. ¿Por qué? Porque la vida no es una cosa de la que puede disponer la persona; la vida es la propia existencia, el propio ser personal que no pierde valor, que tiene valor inherente, y, por ello, no hay derecho a no valorarla y a eliminarla como si fuera una cosa sin valor. La libertad es parte esencial del ser humano. Si no actúa libremente, no se desarrolla humanamente, pero en sus actos humanos libres la persona tiene deberes que cumplir, el deber ético de valorar su dignidad, y el deber jurídico de respetar los derechos ajenos y el orden público, que incluye sus derechos irrenunciables.

Bajo la excusa del derecho a la libertad se estaría otorgando la apariencia de un derecho de respeto a la dignidad, pero en realidad, sería el derecho a que no le reconozcan ningún derecho, es decir, la dignidad de considerarse indigno. Y eso, reitero, no sería para todos. Precisamente, a los más vulnerables y los que más ayuda necesitan sería a quienes, con la excusa de una libertad que no tienen, presionados como están por el dolor insoportable, se los está considerando como vidas sin valor social, eutanasiables. Esto es muy grave en sí, y sus consecuencias están a la vista en los países que legalizaron la eutanasia en este siglo y en el pasado.

La libertad, como autonomía fáctica, es variable. La libertad, como decisión interior, es influenciable. No es verdad que seamos seres autónomos no necesitados de los demás. Si no nos valoran, nos resulta difícil descubrir nuestra dignidad y la de los demás. Por eso es tan importante un límite objetivo como lo es la comprobación de que alguien es ser humano y que por eso es digno. De ese criterio claro se derivan los deberes y correspondientes derechos. Cruzar ese límite claro, ese Rubicón, puede tener consecuencias nefastas. Así lo señalan Cleaver y Grant, refiriéndose a los juicios de Núremberg en los que se condenó por delitos de lesa humanidad a los médicos que participaron en el programa de Eutanasia T4, y citando al doctor Leo Alexander, quien trabajó como perito médico en esos mismos juicios, y a Robert Jackson, jefe de la fiscalía por los Estados Unidos, dicen que los que investigaron y demandaron esos crímenes aceptaron el hecho de que esos médicos habían sido corrompidos no solamente por la ideología nazi, sino primero -de hecho no se aplicó inicialmente a los judíos, sino que tenían que ser ciudadanos alemanes; se les reconocía como un nuevo derecho- por la aceptación de un cambio fundamental en la actitud respecto al papel del médico con el enfermo crónico. El doctor Leo Alexander señaló el origen y persistencia de esas ideas a raíz de su experiencia como experto médico en los juicios de Núremberg y dijo: "Cualesquiera que sean las proporciones que estos crímenes finalmente asumieran, es evidente para todos los que los investigamos, que comenzaron en pequeño. Lo primero fue solamente un cambio sutil de énfasis en la actitud básica de los médicos. Comenzó por la aceptación del principio básico en el movimiento proeutanasia, que existe algo como una vida no digna de ser vivida". Se refiere a la vida sin valor social. El juez Robert Jackson, jefe de la fiscalía por los Estados Unidos en Núremberg, hizo una advertencia que no debe perderse en medio de las discusiones, para que la medicina y la sociedad no sean nunca corrompidas legalizando el suicidio asistido por el médico. Dijo: "Un pueblo que ama la libertad encontrará en los registros de los juicios por crímenes de guerra, instrucción sobre los caminos que conducen a tal régimen y los sutiles primeros pasos que deben evitarse".

Muchas gracias.

SEÑOR REPRESENTANTE GOÑI REYES (Rodrigo).- Tengo una pregunta para la doctora Guedes, quien habló sobre un impacto negativo en la legalización de la eutanasia. La doctora se enfocó fundamentalmente en los cuidados paliativos y la pregunta concreta -no sé si va a dar el tiempo ahora porque tengo otras consultas- es en

qué perjudicaría la legalización de la eutanasia el desarrollo y la práctica de los cuidados paliativos.

De acuerdo con lo que expresó varias veces el doctor Velasco -mi pregunta va hacia el fundamento-, si no se puede renunciar al derecho a la vida y no se puede disponer de ese derecho, cómo se podría establecer por ley un derecho a la eutanasia, que es lo que se está planteando.

Además, hay una propuesta de la cátedra de Derecho Penal, como alternativa a los proyectos de eutanasia y cuidados paliativos, de una modificación en el Código Penal en el sentido de establecer una causa de impunidad obligatoria. Algo así entendí. Como el doctor Velasco ha trabajado en esos temas le pregunto si esa propuesta sería compatible con la dignidad que enfatiza o si también sería incompatible con la dignidad humana.

También quisiera saber por qué entiende que la legalización de la eutanasia implica algo así como una especie de eutanasia social -creí entender eso-, en la medida en que puede tener consecuencias en el resto de la sociedad y en los que estarían específicamente en la categoría de quienes pueden pedir la eutanasia.

Por último -puede quedar para después-, me gustaría consultar sobre la objeción de conciencia. ¿Por qué se entiende que igual se impone a los médicos un deber de dar muerte, cuando de alguna manera los proyectos establecen la objeción de conciencia?

Gracias, presidenta.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVITA (Silvana).- Es un gusto recibir a la delegación. Agradezco las amplias exposiciones que realizaron en las que queda claro el profundo estudio que han hecho sobre el tema.

El diputado Goñi abarcó varias de las interrogantes que tenía, así que me hago eco de ellas. Ahora bien; me quedó algo pendiente. Me preocupa sobre este tema la confusión popular que hay sobre alguna terminología, por ejemplo, el paralelismo que hace alguna persona entre la solución paliativa y la eutanasia, que es una opinión sin propiedad, pero involuntariamente: no estamos criticando al ciudadano porque no conozca la definición exacta de estos términos. Entonces, quisiera saber si se ha hecho algún trabajo, o si se podría poner en marcha algún estudio sobre qué es la eutanasia para las personas que afirman estar de acuerdo. Creo que ahí está la clave. A veces se ven algunas encuestas, pero yo dudo de su veracidad justamente por la falta de información que se le brinda al ciudadano sobre la propuesta de la eutanasia.

Para mí la clave está en eso: en lo que tiene que ver con la terminología y la confusión popular que hay al respecto. Me preocupa muchísimo que una persona diga que está de acuerdo con algo, cuando en realidad lo está confundiendo con otro tipo de atención médica que ya existe y que de hecho es totalmente legal.

Muchas gracias.

SEÑOR VELASCO (Diego).- Voy a tratar de contestar rápidamente las preguntas.

El derecho a la vida es irrenunciable, porque es un derecho humano; si es humano, se tiene por la condición de ser humano. La condición de ser humano se tiene aun después de haber renunciado, con lo cual se sigue teniendo el derecho.

La eutanasia requiere de dos actos. Hay un primer acto que es el de renuncia al derecho a la vida por parte de la persona que la solicita. Antes hubo un permiso para que esa renuncia tuviera valor, por eso hablaba de eutanasia social, porque la ley no establece que todos los actos de renuncia tengan valor jurídico. La norma sobre la eutanasia establece que solamente los de algunas personas van a tener valor jurídico, lo que le va a hacer perder al médico el deber de no matar y, por lo tanto, a la persona, el derecho a la vida que implica, como núcleo esencial, el derecho a que no me maten.

Entonces, es incompatible por eso mismo, porque ya la ley estaría estableciendo la renunciabilidad y son irrenunciables; después la persona estaría renunciando; luego estaría siendo juzgada por otra persona. Se habla mucho de la dignidad, pero está siendo sometida a un juicio -el médico cumple la función de juez en el juicio- que no puede hacer ningún otro juez, porque ningún juez puede establecer la muerte. Ningún juez es juez de vida y muerte, ya que está prohibida la pena de muerte, pero en este caso el médico, a la luz de la ley, va a tener que jugar en el caso concreto si esa persona encaja dentro de la categoría de eutanasiable y si su petición es libre. Entonces, no se reconoce que no tiene derecho a que no lo maten sino que, al contrario, tiene derecho a que lo maten.

La causa de impunidad obligatoria, que se planteó por lo que vi en la versión taquigráfica, lo que hace es centrarse en algunas características que debe tener el eutanasiable. En ese sentido, para mí también es contrario a la dignidad de la persona. Tal como está redactado, actualmente el homicidio piadoso no tiene ese inconveniente, porque no establece ninguna condición en la víctima. Se centra en el victimario, en el que está matando, y que lo está haciendo por móviles de piedad. Obviamente, acá estamos hablando de derecho, no de ética. No estoy diciendo que la persona sea culpable por pedir la muerte, de que el médico sea éticamente culpable por matar porque puede pasar que -el derecho prevé estas situaciones-, atendiendo la situación interna de cómo fue afectada su voluntad por la compasión, no se le aplique la pena, pero se tiene que mantener el criterio general para todos de decir: "esta vida valía; pensaste que no, pero objetivamente valía"

La eutanasia social quedó clara.

La objeción de conciencia no implica que la persona no tenga el deber jurídico de hacer ese acto con carácter general. Eso es lo que le van a hacer ver a los médicos, que van a tener el deber jurídico -el deber ante el derecho- de matar. Como hay otro derecho, que es un derecho humano fundamental, el de no actuar contra la propia conciencia, con la objeción de conciencia el legislador permite más que una excepción -porque no establece una excepción a la regla: sigue diciendo que debe matarse y que los médicos deben matar- diciendo: "Yo no soy competente para determinar su regla de conciencia", y como en última instancia las personas actúan en función de su conciencia, no le puedo imponer a esta persona que mate. Entonces, no se lo debería sancionar por eso. Esto es lo que hace la objeción de conciencia, pero en rigor sigue estando obligado jurídicamente. Eso se lo va a hacer ver el paciente.

La doctora Guedes decía que la ley paraliza la mano del paliativista. Pongo el ejemplo de la situación de una persona que está en el mar, en una situación peligrosa, y se tira el guardavidas a salvarla. Viene la ley desde arriba y le tira un salvavidas de plomo, y se lo ata bien atado. ¿Por qué? Porque le está diciendo: "No vale la pena tu esfuerzo; tu vida no vale". Ya le está generando la obligación de plantearse, por lo menos, ¿no estoy siendo egoísta? ¿No estoy causando demasiados problemas, demasiados gastos, demasiada incomodidad a mi familia? Eso que hasta ahora ni siquiera nos lo planteamos, porque consideramos que somos dignos, que merecemos toda la atención y todo el cuidado de los demás, todos, deja de existir como valor social. Porque la persona cuando llega a determinada situación se tiene que plantear si ya es eutanasiable. Ese es el ejemplo del salvavidas pero, además, le da una pistola como para que le pueda disparar al guardavidas que se está tirando, que es el paliativista. El guardavidas está acercándose y se le dice: "No te acerques más, porque yo tengo derecho a morirme". Le impide actuar como lo hacen los paliativistas, haciéndole ver que su vida aún tiene sentido, ayudándolo a reconocer el valor de su vida, de lo que le quede de vida.

En ese sentido, entiendo que la objeción de conciencia no es suficiente para no causar el perjuicio social que se ocasiona. Obviamente, es necesaria para no causar el perjuicio individual a cada médico que no va a estar obligado. Por otro lado, ese criterio de que todo derecho tiene un deber correspondiente, como la eutanasia se define como "un dar muerte por parte de un médico", si los médicos tuvieran el derecho humano de no matar en función de su objeción de conciencia -que lo tienen-, entonces, no habría un derecho a ser matado por un médico. ¿Se entiende? Es un absurdo que se plantee, más como derecho humano, el derecho a la eutanasia, cuando existe el derecho humano contrario. Existe el derecho humano de no matar, luego no existe el derecho humano a que me maten. De hecho, la objeción de conciencia siempre tiene como límite que el deber del que se trate, del que se está eximiendo al médico, no tenga mayor relevancia, que no afecte a los derechos humanos. Si se violara un derecho humano yo no puedo oponer la objeción de conciencia para torturar a una persona. Entonces, si me dicen: "Estás violando un derecho humano", respondo "Pero mi conciencia me dice que lo puedo hacer". No es así. No se puede violar un derecho humano por objeción de conciencia. Por tanto, la prueba más clara de que no es un derecho humano, es que se está previendo la objeción de conciencia.

SEÑORA GUEDES (Ana).- Respondiendo a la pregunta del diputado Goñi referente al impacto previsible de la implementación de la eutanasia en el desarrollo de los cuidados paliativos, en mi opinión, lo afecta globalmente por muchísimos aspectos. El primero de ellos es el propio desarrollo que está siguiendo el proceso de cuidados paliativos, donde estimamos que uno de cada dos uruguayos que necesita cuidados paliativos no accede a ellos. Es necesario continuar el esfuerzo por desarrollarlos, debido a que cada uruguayo que no accede, llega a un sufrimiento que puede ser insoportable y, por ese motivo, puede desear adelantar su muerte. Entonces, existiendo una ley implementada de eutanasia, y no el adecuado desarrollo para cubrir a esos pacientes y asistir a esas personas, probablemente -y es esperable que suceda- acudan a la eutanasia y, por lo tanto, pierdan la posibilidad de haber sido aliviados.

Como explicábamos, el deseo de adelantar la muerte es una entidad clínica que tiene muchas formas de presentarse, que se podría perfectamente revertir en la mayoría de los casos. En el caso que no revierte, también están los cuidados paliativos que disponen de la pauta, reconocida y aplicada mundialmente, que es la sedación paliativa. Esto es en cuanto al desarrollo de los cuidados paliativos.

En mi opinión, lo que debemos hacer como Estado, como sistema de salud, es completar el desarrollo de los cuidados paliativos al máximo posible; hacerlos universalmente accesibles y lo más integrales posible, y luego evaluar si es necesaria la eutanasia y qué población queda con un sufrimiento insoportable a pesar de la adecuada implementación. Como ya expresé, dentro de mi experiencia y conocimiento, yo estaría dispuesta a colaborar con esa propuesta y ese camino.

El ejercicio clínico diario de los cuidados paliativos impacta de muchas formas, tanto se implemente por separado la aplicación de los cuidados paliativos, perdón, de la eutanasia, por fuera de los sistemas o de los servicios de cuidados paliativos, mediante lo que se propone se va a desarrollar a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, si es por fuera, accediendo los pacientes a los cuidados paliativos y el entorno social de todo tipo -tanto médicos como enfermeros, vecinos, la prensa- le hace conocer un derecho, presenta un deseo anticipado de morir, no habiéndose completado el desarrollo de la asistencia que, como expliqué, es un proceso que lleva un tiempo, donde se asisten múltiples dimensiones, como por ejemplo la social, que lleva un proceso administrativo para asistirse, una jubilación, una pensión, dejar a un hijo discapacitado protegido; esos aspectos llevan un tiempo y hacen sufrir al paciente que va a morir. Hablo de realidades

vividas en la asistencia permanente, sobre todo, de pacientes relativamente jóvenes que tienen personas a cargo. Ante esa situación no completada en su organización -como lo hacen los cuidados paliativos, gestionan todas las dimensiones-, si existe la posibilidad de una ley de eutanasia, el paciente se desespera, sufre y aumenta su dolor porque esas situaciones no han sido resueltas y el dolor es multidimensional. El paciente acude a la ley y no permite que se desarrolle la asistencia porque, como lo expresan los profesionales de Bélgica que se han retirado de la práctica de la eutanasia por estas razones, se paralizan. En el material que obra en nuestro poder se dice que la experiencia y la evidencia publicada en Bélgica muestra que los médicos se sienten presionados en lo social, académico e institucional para proceder a hacer eutanasia sin cuestionarse. Entonces, estamos paralizando la iniciativa terapéutica de los profesionales y los estamos desmotivando. Es una disciplina que requiere un gran esfuerzo vocacional y personal, porque el profesional enfrenta el sufrimiento enorme de la vida misma que finaliza, y los estamos llevando a paralizarse y a no completar su proceso, porque las palabras "ley" y "derecho" paralizan. La sola mención de que es un derecho y es una ley paraliza el cuidado paliativo. Esto impide al paciente acceder al alivio aceptable de su sufrimiento y completar sus proyectos, sus misiones, todo lo que quiere hacer: despedirse y concretar sus deseos emocionales o espirituales, que son muy importantes.

Esto es lo que quería decir en cuanto al ejercicio libre clínico y al desarrollo; es un resumen porque no tenemos mucho tiempo, pero luego podemos completar la información por mail.

La señora diputada Pérez Bonavita preguntó las diferencias entre sedación y eutanasia.

Existe una confusión muy grave entre sedación paliativa y eutanasia, que frecuentemente hace creer que es necesaria una ley.

La sedación paliativa es una pauta que se aplica después de una atención adecuada e integral de un síntoma de un paciente en todas las dimensiones por parte de profesionales bien formados y capacitados. Se define que un síntoma es refractario cuando no se puede aliviar. Ese trabajo se hace en equipo, en base a pautas y a consensos. El proceso es reflexivo y requiere consentimiento del paciente. Además, se aplican dosis suficientes y necesarias para aliviar el sufrimiento. No se aplican dosis letales; deprimiendo la conciencia a un nivel donde el síntoma es controlado, es suficiente. No se procede a llevar al paciente a la muerte; el proceso de sedación se limita.

Entonces, difieren: es sedar versus matar.

También, hay diferencias en el método: se usa un sedante y no un medicamento veneno. Todavía no se ha pautado qué medicamentos serían. Se trata de medicamentos que ya no están en uso por la medicina por sus efectos colaterales, utilizados a dosis letales.

Y hay diferencias en el resultado: un paciente sedado -en una sedación paliativa- y un paciente fallecido, como resultado de la eutanasia.

O sea que ambas técnicas difieren en su objetivo, en su método y en su resultado.

Por otra parte, me parece muy importante la pregunta sobre las encuestas. ¿Por qué? Porque todas las encuestas que se han publicado han seguido esta metodología: el llamado telefónico en once minutos a personas que disponen del manejo de celulares en horario de trabajo. Les realizan cuestionarios tremendamente extensos, que indagan sobre varios aspectos, incluidos la religión y la filiación política. Imagínense qué conciencia se puede tener de esto cuando la muerte es un proceso sobre el que la sociedad se caracteriza por no haber reflexionado.

Entonces, ¿qué fiabilidad pueden tener cuando no informan a qué se están refiriendo cuando preguntan por eutanasia? Tampoco se informa qué es obstinación terapéutica ni qué es sedación paliativa. O sea: no le dicen al paciente de qué se trata el concepto sobre el que le están preguntando. La sociedad no está informada en este sentido. Es más: ni siquiera tiene elaborada la propia muerte. En general, no la tenemos suficientemente elaborada porque así es nuestra cultura: se separa de la muerte; ya se ha hablado mucho de este aspecto así que no lo vamos a tratar aquí.

De modo que el resultado de las encuestas no es fiable: no se puede confiar en que la persona está comprendiendo de qué se está hablando cuando adhiere a la eutanasia.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Voy a ser breve porque ya estamos terminando la reunión.

Les agradezco su presencia.

A cada delegación que viene siempre le aclaramos -quizás ustedes lo sepan- que esta Cámara votó por unanimidad el proyecto de ley de cuidados paliativos. Nosotros lo impulsamos y hoy, está en la Cámara de Senadores. Estamos tratando de la Comisión de Salud Pública lo vote por todo lo que significa. Conocemos las dificultades que hay en el acceso y la disparidad que existe entre el interior y Montevideo y en la atención a la población adulta y la pediátrica. Esperamos que quienes conforman la coalición de gobierno y los legisladores de nuestra fuerza política tengan la voluntad de votar rápidamente el proyecto de ley de cuidados paliativos, con las prioridades que ya están incluidas en el PIAS desde 2008. Me refiero a que, paulatinamente, los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud implementen los cuidados paliativos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos a los representantes de la Universidad de Montevideo su presencia. Se les remitirá a la entidad la versión taquigráfica de esta reunión.

(Se retira de sala la delegación del Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo)

——Quiero señalar que recibimos una nota de un ex usuaria de Casa de Galicia que está teniendo dificultades.

Si están de acuerdo, la remitimos al Ministerio a los efectos de que tome conocimiento, pues es algo que nos excede.

(Apoyados)

——No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

=/=