

## Eutanasia: aclarando conceptos

SERGIO CARVAJAL C.<sup>1,2</sup>, BERNARDITA PORTALES V.<sup>1,3,a</sup>,  
JUAN PABLO BECA I.<sup>1,3</sup>

### Clarifying concepts on euthanasia

*Euthanasia is a subject of permanent discussion everywhere, mainly about its ethical appropriateness and about its legalization in different countries. This debate includes many ethical, legal, social, political, spiritual, religious, and public health issues. A relevant problem is the frequent misunderstanding that many have about the meaning of the terms and concepts used in different ethical and clinical end of life settings. Many views and even texts are affected by such mistakes, rendering a constructive discussion almost impossible. The goal of this article is to contribute to an improvement of the social and legislative discussion about euthanasia through an elucidation of the main terms and notions linked to this topic. We present definitions and explanations for euthanasia, assisted suicide, withdrawal or foregoing of therapy, treatment rejection, palliative sedation, dignified death and others.*

(Rev Med Chile 2021; 149: 1502-1506)

**Key words:** Euthanasia; Palliative Care; Suicide, Assisted; Treatment Refusal; Withholding Treatment.

<sup>1</sup>Centro de Bioética,

Facultad de Medicina Clínica

Alemana-Universidad del

Desarrollo. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Comité de ética asistencial y

Unidad de Gastroenterología,

Clínica Santa María, Santiago,

Chile.

<sup>3</sup>Comité de ética asistencial y

Consultoría ético-clínica, Clínica

Alemana, Santiago, Chile.

<sup>a</sup>Fonoaudióloga.

Trabajo no recibió

financiamiento.

Los autores declaran no tener

conflictos de interés.

Recibido el 24 de mayo de 2021,

aceptado el 18 de octubre de

2021.

Correspondencia a

Dr. Sergio Carvajal C.

Centro de Bioética Facultad de

Medicina CAS-UDD,

Avenida Las Condes 12461

Edificio 3 Oficina 202, Las

Condes, Santiago.

scarvajal@udd.cl

Desde hace décadas se discute, a nivel internacional, sobre la eutanasia y su legalización o despenalización. Varios países ya han aprobado legislaciones al respecto, con diferentes características, que permiten a las personas acceder a la eutanasia o al suicidio médicamente asistido<sup>1,2</sup>. En Chile se han presentado, desde el año 2004<sup>3</sup>, varios proyectos de ley sobre este asunto, y el tema ha recobrado notoriedad pública por la actual tramitación y reciente discusión en el Congreso Nacional de cuatro iniciativas de ley que se han refundido para su avance legislativo<sup>4</sup>.

Dada la naturaleza del tema, el debate es intenso y, lamentablemente, muchas veces más guiado por las pasiones que por argumentos racionales. En la discusión convergen distintos pensamientos, creencias e ideas. Además, se generan presiones por parte de personas y colectivos que intentan imponer sus puntos de vista sin una genuina disposición por escuchar a los otros.

El asunto tiene una alta importancia y está cruzado por intereses y componentes morales, sociales, legales, políticos, sanitarios, espirituales,

religiosos, etc. Por lo cual se hace imprescindible que se produzca un diálogo respetuoso que incluya la pluralidad de posiciones existentes en la sociedad, sin estigmatizaciones ni descalificaciones preconcebidas.

Para que este diálogo sea posible, es requisito indispensable que todos los participantes entiendan lo mismo cuando se hace referencia a un término o a un concepto en este campo de los escenarios clínicos y bioéticos del final de la vida. Así, por ejemplo, si se discute de eutanasia, es necesario que todos entiendan lo mismo por el significado de esa palabra. En caso contrario es evidente que el debate será confuso y estéril. Lamentablemente, es posible constatar que esta mínima condición a la que se alude no existe en este momento en nuestro país -así como también en muchos otros. De hecho, en las diferentes opiniones que se escuchan y leen, y en algunos de los textos de los documentos que se tramitan en el Congreso Nacional, hay una importante confusión respecto al correcto significado de los términos. Además de esta confusión conceptual, el mismo

término es empleado con diferentes alcances por unos y por otros, lo que obviamente conduce a la imposibilidad de entenderse.

Como una manera de contribuir a la discusión médica, social y legislativa referente a la eutanasia, el objetivo de este artículo es precisar el significado que hoy tienen los principales términos y conceptos relacionados al tema.

## Conceptos

### *Eutanasia*

“Consiste en todas aquellas acciones realizadas deliberadamente por profesionales sanitarios que tienen como objetivo provocar directamente la muerte a petición expresa, voluntaria y reiterada de un paciente capaz que presenta un sufrimiento intenso, físico o psíquico, a consecuencia de una enfermedad terminal o irreversible y que el propio paciente experimenta como algo inaceptable, insoportable e indigno”<sup>5</sup>.

Reforzando este concepto y resaltando los elementos que lo componen, Simón et al.<sup>6</sup> señalan que el uso del término eutanasia se restringe a las actuaciones que: a) buscan producir directamente la muerte del paciente, es decir, mediante una relación causa-efecto inmediata; b) se realizan a petición expresa, bien informada y reiterada en el tiempo de un paciente en plena capacidad de tomar decisiones; c) están en un contexto de dolor o sufrimiento intenso del paciente por una enfermedad terminal o irreversible, que no es posible mitigar por cuidados paliativos, y d) son efectuadas por profesionales sanitarios que conocen al paciente.

Al tener todo esto en consideración, es relevante insistir en que no deben utilizarse adjetivos de la eutanasia, tales como activa o pasiva, voluntaria o involuntaria, directa o indirecta, puesto que estos adjetivos solo generan equivocasiones y mayor confusión con decisiones o actuaciones clínicas que tienen otras denominaciones. Puesto en estos términos, la eutanasia es siempre activa, voluntaria y directa, pues otras opciones no corresponden a eutanasia en el contexto clínico, que es el tema que se analiza.

### *Suicidio médicamente asistido*

Es la acción de una persona capaz para acabar libre y voluntariamente con su vida, cuando

sufre una enfermedad terminal o irreversible que le ocasiona un dolor o sufrimiento intenso que considera inaceptable y no se logra mitigar, y que cuenta con la ayuda de un médico que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo<sup>5</sup>. Por tanto, corresponde a la situación en que un paciente presenta la misma condición y los mismos requisitos necesarios para la eutanasia, pero la actuación del profesional sanitario no es provocar la muerte sino proporcionarle los medios para que el propio paciente se la provoque. Usualmente se utilizan fármacos en dosis altas, capaces de inducir un paro respiratorio. Tal como en la eutanasia, se requiere el convencimiento de que el paciente tiene la máxima capacidad para decidir, y que su decisión es libre y reiterada en el tiempo.

### *Muerte médicamente asistida*

Es la denominación para referirse tanto a la eutanasia como al suicidio médicamente asistido.

### *Adecuación del esfuerzo terapéutico*

Consiste en retirar o no iniciar intervenciones que se consideren fútiles o desproporcionadas en un paciente con mal pronóstico de recuperación en cuanto a cantidad y a calidad de vida futura, por lo que solo prolongarían una situación sin expectativas razonables de mejoría. Ello junto a la implementación de medidas de cuidado destinadas a la paliación de los síntomas y a asegurar el confort del paciente, respetando sus valores y preferencias.

Durante mucho tiempo se ha utilizado la denominación de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) para referirse a este escenario ético-clínico, pero hoy se prefiere utilizar la palabra “adecuación” para evitar la interpretación errónea que se buscaría disminuir el esfuerzo en tratar y cuidar al paciente y para indicar que se pueden agregar o modificar medidas que favorezcan un proceso de morir en paz. La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) se opone a la obstinación terapéutica.

Es importante destacar que las medidas de adecuación del esfuerzo terapéutico no son eutanasia. La AET no es la causa de la muerte del paciente sino que permite que ocurra su muerte causada por la enfermedad que padece. Un ejemplo de esto es el retiro de la ventilación mecánica en un paciente que se encuentra sin expectativa de recuperación. En este caso, el retiro de la ven-

tilación mecánica, como acto del profesional, no produce la muerte de la persona, ya que la causa es la enfermedad que ha llevado a esa persona a una etapa final que no puede ser revertida y en la cual la ventilación solo significa prolongar la agonía<sup>7</sup>.

### *Obstinación terapéutica*

Es el enfoque de utilizar todos los medios disponibles para prolongar la vida de pacientes irreversibles y evitar su muerte, independientemente de sus cargas, sufrimientos y costos<sup>8</sup>. Se manifiesta como la aplicación de tratamientos que solo prolongan la vida biológica del paciente, usualmente mediante la mantención innecesaria de las terapias de soporte vital en pacientes irreversibles o terminales.

Es frecuente observar obstinación terapéutica, lo que obedece, entre otros factores, a actitudes profesionales que de alguna manera consideran la muerte del paciente como un fracaso o bien a la exigencia de familiares que mantienen falsas expectativas, que son incapaces de asumir la situación clínica del paciente, o que no cuentan con información suficiente y bien entendida.

Al lector interesado en este tema le sugerimos consultar el documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña<sup>8</sup>.

### *Rechazo de tratamiento*

Corresponde a la no aceptación de tratamientos por parte del paciente, de manera voluntaria, libre e informada. El rechazo traduce la fidelidad del paciente con sus valores, creencias o deseos íntimos<sup>9</sup>. Hoy en día este derecho de los pacientes a rechazar tratamientos se considera ética y legalmente válido, siempre que la decisión: a) cumpla con los requisitos para ser realmente autónoma (capacidad, ausencia de controles indebidos e información suficiente y comprendida); b) sea individual y no colectiva, y c) no afecte la salud pública y/o genere daño de salud a terceros.

Este tipo de decisiones de los pacientes puede generar importantes conflictos para los profesionales sanitarios, especialmente si el rechazo de la terapia implica que el paciente evolucione con secuelas graves o muera. Ejemplos de esto son: a) rechazo a las transfusiones de sangre por parte de las personas que pertenecen a la religión Testigos de Jehová, aunque la necesiten imperiosamente para salvar su vida; b) la solicitud de retiro de la ventilación mecánica por parte de pacientes con

enfermedades neurológicas motoras en fase avanzada y que morirán poco después de dicho retiro.

Para profundizar en este tema sugerimos artículo de Palacios et al.<sup>9</sup> y documento del Comité de Bioética de Cataluña<sup>10</sup>.

### *Cuidados paliativos*

La Organización Mundial de la Salud los define como “un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”<sup>11</sup>. De acuerdo a la misma Organización Mundial de la Salud, entre otros aspectos, los cuidados paliativos: proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no pretenden adelantar ni aplazar la muerte, integran los aspectos psicológicos y espirituales, ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente viva del modo más activo posible hasta el momento de su muerte, ofrecen un sistema de apoyo para las familias y se pueden aplicar desde los primeros momentos de la enfermedad<sup>11</sup>.

### *Sedación paliativa y sedación terminal*

Sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo, una vez obtenido oportunamente el consentimiento, mediante la administración de fármacos apropiados y en las dosis adecuadas, con el objetivo de aliviar un sufrimiento intenso o insostenible causado por uno o más síntomas refractarios<sup>12</sup>. Usualmente se trata de pacientes con enfermedad avanzada o terminal<sup>13</sup>. En lo relativo al consentimiento, es bueno insistir en que debe ser explícito por parte del paciente, o de su representante si ello no es posible, no siendo adecuado un consentimiento presunto o implícito<sup>6</sup>. La sedación paliativa puede ser continua o intermitente y se busca producir el menor nivel de profundidad del compromiso de conciencia necesario para obtener un adecuado alivio sintomático.

Se emplea el concepto de sedación terminal cuando se aplica la sedación paliativa en un paciente cuya muerte se estima muy próxima. En este caso se aplica de manera continua hasta el fallecimiento.

Ni la sedación paliativa ni la sedación terminal son eutanasia. Su objetivo no es provocar la muerte del paciente sino tratar síntomas intolerables y refractarios a otras terapias.

### *Muerte digna*

El significado concreto o material de esta expresión admite muy diversas concepciones, pues dependerá de lo que las personas consideren digno para su propio proceso de morir, lo cual tiene una gran subjetividad. Pero más allá de las condiciones específicas que cada cual considere, es posible delinear un concepto formal de muerte digna o del proceso de morir dignamente. Así, de acuerdo al Comité de Bioética de Cataluña, “morir dignamente implica poder acabar la vida de acuerdo con ese hilo de coherencia que ha atado el cuerpo, el pensamiento, la memoria, las creencias y el hacer de cada día con la gente del entorno. La singularidad de la dignidad y la voluntad de cada cual debe ser reconocida especialmente en el proceso de morir”<sup>14</sup>. En una muerte digna están involucrados un conjunto de aspectos personales, familiares y sociales que a su vez contemplan factores biológicos, espirituales, psicológicos, valóricos, creencias, etc.

En el contexto clínico, usualmente se estima que morir dignamente implica hacerlo con un adecuado control de síntomas tales como dolor, disnea, delirio y angustia, sin sufrimiento psíquico, conociendo la propia situación clínica, con capacidad para tomar las decisiones o que se respeten las voluntades expresadas previamente, en un entorno apropiado, con acompañamiento significativo, con apoyo espiritual y con asistencia religiosa si se desea<sup>15</sup>. Es bueno explicitar que muerte digna y eutanasia son conceptos muy diferentes. Para algunas personas morir dignamente puede ser morir mediante la aplicación de eutanasia, mientras que para otros dicha práctica será lo opuesto a morir dignamente.

### *Paciente en situación terminal*

Es aquel paciente portador de una enfermedad grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa, de carácter progresivo e irreversible, que tiene un pronóstico fatal próximo y que no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar dicho pronóstico de muerte próxima<sup>16</sup>. No existe un plazo exacto definido de pronóstico vital para considerar a un

paciente en situación terminal, pero usualmente se utiliza cuando ese plazo se estima menor a 6 meses.

### **Discusión**

Para que una discusión pública y un debate legislativo puedan llevarse a cabo adecuadamente es imprescindible que todos los participantes entiendan de igual manera los términos o conceptos que describen los puntos centrales de lo analizado. Esto es especialmente importante en temas que suscitan amplias controversias y posiciones muy distintas, como ocurre en el caso de la eutanasia.

En este artículo hemos clarificado o descrito el significado de los principales términos o conceptos que se emplean usualmente en la discusión sobre eutanasia y muerte digna, con una mirada actualizada de ellos desde la bioética clínica. No ha sido el propósito analizar la legitimidad moral de cada uno de ellos ni argumentar sobre si es correcto hacer una cosa u otra. Se propone como una contribución que ayude a evitar confusiones, particularmente en qué es lo que es y no es eutanasia, y distinguirla de situaciones distintas como son la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo de tratamientos, la sedación terminal y la búsqueda de una muerte digna.

### **Referencias**

1. Dyer O, White C, García Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. *Bmj*. 2015; 351: 4481.
2. Rada AG. Spain will become the sixth country worldwide to allow euthanasia and assisted suicide. *Vol. 372, BMJ*. 2021. p. n147.
3. Cámara de Diputadas y Diputados de Chile. Proyecto de ley: regula la aplicación de la eutanasia en los casos que indica . [Consultado 2 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=4085&prmBOLETIN=3690-11>.
4. Cámara de Diputadas y Diputados de Chile. Proyecto de ley: derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable [Internet]. [Consultado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=8130&prmBOLETIN=7736-11>.

5. Montero F. Repensar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En: Beca JP, Astete C, editors. *Bioética Clínica*. 1a Ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2012. p. 498-519.
6. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist*. 2008; 23(6): 271-85.
7. Beca IJP, Montes SJM, Abarca ZJ. Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales. *Rev Med Chile* 2010; 138 (5): 639-44.
8. Real Academia de Medicina de Cataluña. *Obstinación terapéutica*. 2005. Disponible en : <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>.
9. Palacios G, Herreros B, Pacho E. Rechazo a las actuaciones médicas. *Rev Clin Esp*. 2014; 214(7): 389-95.
10. Comité de Bioética de Cataluña. *Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento*. 2010. Disponible en: [www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/1004\\_cbc\\_rechazo-tratamiento.pdf](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/1004_cbc_rechazo-tratamiento.pdf).
11. WHO. *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
12. Gómez-Sancho M, Altisent-Trota R, Bátiz-Cantera J, Ciprés-Casasnovas L, Gándara-del-Castillo Á, Herranz-Martínez JA, et al. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. *Gac Médica Bilbao*. 2015;112(4):216-8.
13. Porta I Sales J, Núñez Olarte J, Altisent Trota R, Gisbert Aguilar A, Loncan Vidal P, Muñoz Sánchez D, et al. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Nº*. 2002; 9(1): 41-6.
14. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
15. Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull). *Hacia una posible despenalización de la eutanasia*. *Bioètica & Debat*. 2005;(39):1-7.
16. Grupo de estudios de ética clínica SM de S. El enfermo terminal. *Rev Med Chile* 2000; 128 (5): 547-52.