

Ministerio de Salud Pública

Montevideo,

30 SEP 2022

**SR. PRESIDENTE DE LA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
DR. OPE PASQUET**

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con relación al pedido de informes efectuado a solicitud de la Sra. Representante Silvana Pérez Bonavita, según Oficio N° 7942, de 14 de setiembre de 2022.

En virtud de lo solicitado, se adjunta respuesta elaborada por la Dirección Servicios Jurídicos de esta Secretaría de Estado.

Saluda muy atentamente,


Oficio N° 924

Ref. N° 001-3-6254-2022

MJB



Lic. JOSÉ LUIS SATDJIAN
MINISTRO (I)
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

	CAMARA DE REPRESENTANTES	
	DIVISION ADMINISTRACION DOCUMENTAL	
RECIBIDO	FECHA	HORA
	3/10/22	11:10
FUNCIONARIO:	CUP	
CONTRAFIRMA:	M. Pasquet	



Ministerio
de Salud Pública

Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Introducción

La CB y CAS (Comisión de Bioética y Calidad de Atención a la Salud) se dirige a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y por su intermedio a quien correspondiere, a fin de aportar su parecer desde el punto de vista bioético, sobre el **Anteproyecto de ley de “EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO; Reglamentación”**, actualmente a estudio de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes (carpeta nº 67 de 2020, repartido nº 28 marzo de 2020).

Justificación

El presente proyecto, en su art. 7º, le otorga a esta Comisión la responsabilidad de dar su parecer sobre este asunto. Dicha atribución no está incluida en las normas jurídicas vigentes que crean y reglamentan esta Comisión.

Sin embargo, la presentación de un proyecto de este tipo es oportuna, pues pone sobre la mesa la discusión de una necesidad sentida y dilemática como es el fin de la vida de las personas.

Llama la atención de la sociedad sobre la importancia de discutir viejos y nuevos problemas (el suicidio, el fin de la vida, las relaciones entre vida y muerte, etc.) que no pueden resolverse con la mera aplicación rígida de principios generales, ni normas establecidas en tiempos pasados. El aquí y el ahora exige reconsiderar tanto conceptos

teóricos como decisiones concretas para el bien de las personas y la sociedad, sacudidos por los profundos y acelerados cambios (positivos y negativos) que el desarrollo tecnológico y científico introduce en nuestras vidas en el personal y social. Se abre pues, con este proyecto, una buena oportunidad de poner en discusión tanto cuestiones teóricas fundamentales, como propuestas de soluciones prácticas adecuadas y posibles. De éstas, la Ley tanto puede ser instrumento como traba.

Valoración crítica de la coherencia interna del proyecto

En el proyecto hay un marcado desfasaje por un lado entre la motivación por la situación grave en que están quienes “se encuentran por distintas causas en un estado tal que prefieren morir a seguir viviendo”, la asunción de responsabilidad social que esto implica y un “pensamiento liberal” como fundamento y, por otro lado, el articulado de un proyecto que se limita a eximir de responsabilidad solamente al médico que cometa los delitos de “homicidio” y “determinación o ayuda al suicidio”, en las circunstancias y procedimientos que se reglamentan.

Distinción de niveles de debate, discusión y deliberaciones éticas

El desfasaje planteado justifica que distingamos dos niveles de discusión y deliberación ética.

Uno, más amplio y profundo, consiste en la reflexión y debate públicos de las cuestiones éticas involucradas, en lo que tiene que ver con las relaciones personales y sociales que se tejen en torno a la problemática de la vida, la muerte, el dolor y los sufrimientos de los seres humanos. En ese marco cabría discutir varias de las tesis sostenidas como fundamentos del proyecto.

El otro, más concreto y práctico, nos exige tomar decisiones éticas en circunstancias concretas en que están en juego el valor y sentido de la vida y muerte humanas. En este caso concreto, se trata de discutir su articulado

Artículo 1º

Artículo 1º.- Está exento de responsabilidad el médico que, actuando de conformidad con las disposiciones de la presente ley y a solicitud expresa de una persona mayor de edad, psíquicamente apta, enferma de una patología terminal, irreversible e incurable o afligida por sufrimientos insoportables, le da muerte o la ayuda a darse muerte.

El artículo desde punto de vista ético es el fundamental, los demás lo reglamentan. En este sentido, establece una nueva “causa de justificación” de los delitos de “homicidio” y de “determinación o ayuda al suicidio” (que no se derogan).

Comparación del art. 28º del CP y este Proyecto

La norma, en el art. 28 del Código Penal es muy próxima al proyecto, en tanto ella dispone que, “está exento de responsabilidad el que ejecuta un acto, ordenado o permitido por la ley, en vista (...) de la profesión a que se dedica (...)”. Sin embargo, hay diferencias radicales entre la norma proyectada y las “causas de justificación” previstas en ese Código:

- Los casos previstos por el Código tienen un carácter de excepción: (legítima defensa, estado de necesidad, cumplimiento de la ley), mientras que en este proyecto es un acto normalizado y reglamentado como propio y específico de la profesión médica.
- En todos los casos del Código interviene la Justicia para determinar si cabe la justificación o no. En el proyecto, la Justicia sólo intervendría excepcionalmente o nunca. En efecto, el único “control” externo al médico es el del (art. 7º): **nuestra Comisión** después de consumados los hechos, y cuando sus efectos son irreversibles, debería recibir la documentación presentada por el médico implicado, a los efectos de controlar si hubo o no incumplimiento del protocolo, y sólo en caso de fallas que consten en esa documentación podría remitir el caso al Fiscal.

Aspectos a considerar desde un punto de vista ético.

- El proyecto supone una concepción particular de la profesión médica que habilitaría a que cumpliera un rol análogo al del “despenador” (en vista a la profesión a que se dedica). Tan es así que, puesto que el Código de Ética del Colegio Médico del Uruguay tiene una opinión distinta, la exposición de motivos le sugiere que la cambie, lo que es una intromisión indebida. La concepción de “el médico” que maneja el proyecto supone mantener o acrecentar sus aspectos o riesgos “paternalistas” o “autoritarios”. No toma en cuenta la realidad del trabajo de los equipos de salud, ya que los otros profesionales que los integran (u otras personas que están en el entorno del cuidado del paciente), no podrían ampararse en esta ley ni en la excepción del artículo 29 del Código Penal de “obediencia al superior”.

- Los “beneficiarios” directos de la ley son los médicos; no las personas a quienes se quiere ayudar; que sólo indirectamente serían beneficiadas por la eximición de delito a un tercero.
- No queda claro quién es “el médico” (siempre en singular) ni consta que la solicitud del paciente pueda ser rechazada. Estas indefiniciones pueden generar efectos imprevistos de diversa índole: conflictos entre médicos y otros tratantes, posibles “especializaciones” personales o empresariales, libertad de elección del solicitante, aislamiento de la eutanasia de los cuidados paliativos etc.
- El número de eventuales beneficiarios se reduce, o por el contrario se amplía de modo indefinido, pues el último requisito (“o afligida por sufrimientos insoportables”) no es objetivamente verificable y, como está precedida por una disyunción, podría entenderse que sería razón suficiente, aunque no se cumplieran los demás requisitos.
- El trato de las personas no parece ser igualitario en la medida en que el “beneficio” se niega a muchas personas que prefieran morir a seguir viviendo, aunque sus sufrimientos sean agobiantes por otras razones (enfermedades progresivas incurables, quienes no estén “aptos psicológicamente” - ¿no son personas humanas dignas porque no pueden ejercer su “libertad”? -
- El eventual mejor trato que se proyecta para la población implicada se reduce a ofrecerle la muerte. No parece suficiente como mínimo. Se desconoce la existencia e importancia de los cuidados paliativos. Los complejos problemas de las personas que conviven en situaciones extremas (equipo médico-paciente-allegados) no parece que vayan a mejorar por este cambio en la legislación penal.

Artículo 2

*Artículo 2º.- El médico cuya intervención se solicite y considere que el solicitante se encuentra en las condiciones indicadas en el artículo 1º de la presente ley, deberá recabar una segunda opinión al respecto, firmada por otro médico con quien no tenga vinculación familiar ni contractual alguna, ni se encuentre subordinado a él de ninguna manera.
El médico que haya de aportar la segunda opinión examinará personalmente al sufriente. Su diagnóstico hará precisa referencia a los estudios, análisis, etc., que lo fundamenten, y en él se hará constar que se expide a los efectos previstos en esta ley.*

El proyecto se aparta de la organización de la atención a la salud, así como de la complejidad que significa la singularidad del cuidado. En este sentido las personas

son asistidas por un equipo de profesionales, por tanto, el proyecto es de riesgo y no brinda las garantías suficientes en este aspecto, dado que un solo integrante del equipo evalúa la situación del proceso de salud- enfermedad, sus necesidades y deseos.

Algunas preguntas también se desprenden del texto.

La persona ¿le podría plantear a cualquier médico su deseo, y éste tendría de acuerdo con el proyecto potestad para decidir, recabando la segunda opinión de otro?

Artículo 3

Artículo 3º.- El médico cuya intervención se solicite dialogará con el solicitante para cerciorarse de que conoce y comprende su situación y de que la voluntad de poner fin a su vida que manifiesta es libre, seria y firme. El médico le informará acerca de los tratamientos terapéuticos o paliativos disponibles y sus probables efectos; todo ello de manera veraz, completa y comprensible para la persona que reciba la información.

Por lo menos quince días después de la primera entrevista deberá realizarse una segunda, para establecer si se mantiene la voluntad ya expresada.

El médico dejará constancia escrita de la realización de cada una de las entrevistas, anotando sus fechas y relacionando sucintamente el tenor de cada conversación. Si estuviere en condiciones de hacerlo, el solicitante de la intervención firmará las constancias; si así no fuere, otra persona, mayor de edad y que no sea dependiente del médico, firmará a su ruego.

Las constancias escritas podrán sustituirse por el registro audiovisual de las entrevistas.

La persona sufre es vulnerable y esta situación condiciona la toma de decisiones, en tanto no le permite ejercer su libertad expresada en la autonomía para decidir. En definitiva, persiste el paternalismo médico.

Por lo antes expuesto, los artículos 2 y 3 centran la relación en la ética clínica (paciente- equipo de salud), pero, hay un marco ético a considerar que es la ética sanitaria o institucional a la que corresponde gestionar los recursos hospitalarios terapéuticos farmacéuticos etc. que, con criterio de justicia, deben salvaguardar el equilibrio entre los conflictos de interés, el derecho a la salud de las personas y a la vida y muerte dignas.

Artículo 4

Artículo 4º.- Transcurridos no menos de tres días desde la realización de la segunda de las dos entrevistas indicadas en el artículo 3º de la presente ley, la persona que persista en su voluntad de poner a fin a su vida lo declarará y hará constar por escrito ante dos testigos, de los cuales uno, por lo menos, no haya de recibir beneficio económico alguno a causa de la muerte

del declarante. Si el declarante no pudiere firmar, lo hará a su ruego uno de los testigos. El médico no puede ser testigo; tampoco pueden serlo sus familiares, ni sus dependientes. La declaración quedará en poder del médico.

En el artículo 4º se identifican tres debilidades. La primera supone una situación del que el paciente actúa siempre conscientemente, con la capacidad de transmitir su voluntad lo cual luego de 18 días de su primera manifestación y ante estados terminales, no se podría asegurar.

La segunda debilidad es que se exige que "por lo menos uno" de los testigos no debería beneficiarse económicamente con la muerte del declarante. Parecería mejor que esa exigencia abarcara a ambos testigos.

La tercera debilidad es que la declaración quedaría en manos del médico únicamente sin posibilidad de asegurar el amparo o garantía de los demás implicados tales como integrantes del equipo de salud, familiares etc.

Artículo 5

Artículo 5º.- La voluntad del sufriente de poner fin a su vida es siempre revocable. La revocación no estará sujeta a formalidad alguna y determinará el cese inmediato y la cancelación definitiva de los procedimientos en curso.

En relación a este artículo se habla de la revocación sin dejarla establecida formalmente, pues no se exige ningún registro. Debería hacerse para constatar el ejercicio de la autonomía del paciente en su decisión final con implicancias también legales.

Artículo 6

Artículo 6º.- El médico que suministre a una persona los medios de quitarse la vida o le facilite el acceso a ellos, deberá asegurarse de que los use exclusivamente sobre sí misma y será responsable de las consecuencias que se produjeran si así no lo hiciera.

Este artículo deja interrogantes: ¿cómo el médico puede asegurar que los medios para quitarse la vida no sean usados con otro fin?. Solo si fuese el mismo quien ejecutase la acción

¿Son solamente el médico y el propio paciente los que intervienen? Este artículo también limita solo a ellos la responsabilidad, desconociendo el contexto de la atención a la salud y por lo tanto al resto de los integrantes del equipo sanitario

Artículo 7

Artículo 7º.- Producido el fallecimiento, o una vez que se entere del hecho si no estaba presente cuando se produjo, el médico lo comunicará de inmediato a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública, adjuntando los antecedentes que acrediten el cumplimiento de las etapas del procedimiento establecido por la presente ley. Si la Comisión entendiere que hubo un apartamiento relevante del procedimiento legal, lo comunicará a la Fiscalía General de la Nación a los efectos que esta viere corresponder.

El artículo encomienda una fiscalización de un protocolo de actuación una vez ejecutado, a una Comisión que no es competente para ello. Si se verificara algún error en el procedimiento, en el momento en que se tomara contacto con los hechos, los mismos no serían reparables.

Conclusiones

Para el mejor trato de las personas agobiadas por deterioros graves e irreversibles de su salud, que les provocan sufrimientos que consideran insoportables hasta el grado de preferir morir antes que seguir viviendo, sería bueno que la Sociedad y el Estado consideraran:

- Organizar formas de discusión sostenidas para entender mejor cómo apoyar a las personas que están en situaciones tales que les hacen preferir no seguir viviendo, intentando, en primer lugar, revertir dichas situaciones actuando sobre los aspectos (objetivos y subjetivos) que están en la génesis de éstas.

El eventual logro de una normativa legal más adecuada que la actual, no nos parece incompatible con dicha discusión de fondo, porque los asuntos legales interrelacionados son varios tales como “ley de cuidados”, “voluntades anticipadas”, “cuidados paliativos”, “ley de eutanasia y suicidio asistido”, etc, En el seno de un debate, pueden ir surgiendo proyectos de leyes que vayan ajustando los aspectos más urgentes y aquellos en que se vayan consiguiendo acuerdos compartidos. En este sentido sería importante la organización de una Comisión Especial Asesora del Parlamento en estos asuntos Bioéticos que permitiera fundar lo legal en una discusión ética amplia.

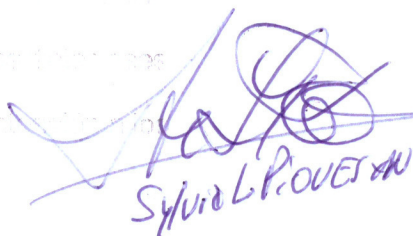
- Considerar los aspectos que tienen que ver con la bioética y la calidad de atención de la salud de las personas que están en esas situaciones, en un marco ético fundado en la igual dignidad de la persona humana. Para ello sería bueno contar

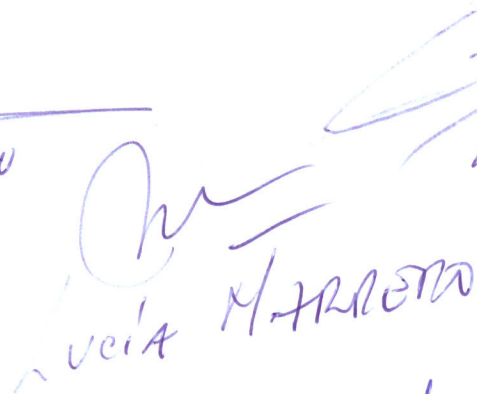
con programas de apoyo específico y multidisciplinario, que tiendan a *prevenir, evitar y paliar* esas situaciones. Entre ellas destacamos los *cuidados* y, en lo referido a enfermedades terminales, los *cuidados paliativos*.

- Discutir de modo previo a una eventual ley de eutanasia y suicidio asistido, un proyecto de ley de *cuidados paliativos*.

Finalmente, la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del MSP no es competente para el rol que le otorga el artículo 7° ya que la misma es de carácter asesor y su cometido central es contribuir al mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios del Sistema de Atención de Salud.


SECRETARÍA DE ESTADO
MINISTERIO DE SALUD
COMISIÓN DE BIOÉTICA Y CALIDAD INTEGRAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD
CALLE DE LA UNIÓN 1000
15001 MONTEVIDEO, URUGUAY
TEL: (514) 412 1000
WWW.MSP.GUB.UY


SYLVIA L. POVERANU


LUCÍA MARRERO


M. LANGON


Dra. CAROLINA GORGAL
Abogada
Dirección General de Salud


Juan José Martínez



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

Área Programática del Adulto Mayor

Montevideo, 2 de junio de 2022.

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD, DR. MIGUEL ASQUETA SÓÑORA,

DE: ÁREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR, PROF. DR. ITALO SAVIO. –

ASUNTO: INFORME sobre Proyecto de Ley "Eutanasia y Suicidio Médicamente Asistido" (Cámara de Representantes, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Carpeta Número 67, marzo de 2020) y Proyecto de Ley " Eutanasia" (Cámara de Representantes, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Carpeta Número 2137, diciembre de 2021).

Cúmplenos informar acerca de los proyectos de ley mencionados. A efectos prácticos y para un mejor aporte en el informe, en lo sucesivo nos referiremos a los proyectos como sigue: Proyecto E y SMA ("*Eutanasia y Suicidio Médicamente Asistido*"), y el **Proyecto E** ("*Eutanasia*").

Adherimos a los argumentos ya expresados por la Comisión de Bioética y Calidad de la Atención Integral de la Atención de la Salud y los expresados por el Área Programática de Cuidados Paliativos. Sin perjuicio de ello añadimos en este informe la perspectiva de nuestra Área Programática.

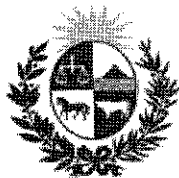
1. Introducción y Marco de Referencia.

En relación al tema que nos ocupa y en nuestro campo de responsabilidades corresponde ilustrar o recordar que en un par de décadas 22% de nuestra población serán personas mayores, superando entonces a los menores de 15 años, un fenómeno demográfico irreversible según estudios prospectivos realizados oportunamente (Escenarios demográficos, OPP, 2017). Crece aceleradamente la población mayor de 80 años y se estima ya existen unos 1.300 centenarios (cifras inferidas del último Censo de Población, INE). La mayoría de las personas mayores son independientes y están socialmente integradas y la mitad transfiere recursos a otras generaciones o desarrollan roles sociales valiosos intra o extra familiares. El envejecimiento poblacional es una expresión de éxito de una sociedad que durante más un siglo desarrolló las condiciones para que ello ocurriera. La vejez es una etapa de la vida que hoy implica un tercio de nuestra existencia, hasta un final inevitable, parte de la condición humana.

Un tercio de nuestros mayores desarrollan dependencia y necesitan cuidados en actividades de la vida diaria y eso que no es una condición de terminalidad, puede afectar años de vida, donde también se ejerce la autonomía. Un universo donde el deterioro cognitivo mayor, las demencias tiene un impacto creciente. Ellos necesitan de sistemas y acciones sistémicas de cuidados integrales hasta el final de la vida, lo cual implica a los cuidados paliativos. Son situaciones donde la geriatría y la atención paliativa están y deben trabajar muy próximas, tanto en los paliativos oncológicos como en los no oncológicos. Pero la dependencia no es terminalidad, ni sufrimiento, ni indignidad, como tampoco lo es la discapacidad.

Durante más de 15 años Uruguay ha desarrollado una valiosa red de recursos y respuestas en cuidados paliativos de calidad, públicos, privados, en acuerdos público – privados, que ya supera 50% de cobertura en el territorio nacional, aunque falta avanzar en el campo de paliativos pediátricos y extender prestaciones. Uruguay es el país de A. Latina con mayor desarrollo en este campo, al que hay que apoyar y potenciar.

80% de las muertes ocurren en edades avanzadas y que un porcentaje importante de las mismas en estadios finales requieren de cuidados paliativos. Se relacionan con el cáncer, las insuficiencias orgánicas avanzadas y a enfermedades neurodegenerativas. Los cuidados en final de la vida implican una forma de entender la atención médica y de salud, una metodología multidimensional de trabajo humanista hacia problemas complejos que no tiene soluciones sencillas, de carácter administrativo o jurídico exclusivamente.



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

Área Programática del Adulto Mayor

La formación en los cuidados en el final de la vida tanto en el grado como en posgrados en medicina es escasa o ausente, al igual que en todas las disciplinas de la salud. Salvo en dos especialidades, no existen rotaciones obligatorias en cuidados paliativos.

Los estereotipos sobre la vejez, es decir falsas creencias y prácticas, también surgen cuando se considera el final de la vida, especialmente en relación al concepto de "dignidad" o de qué es digno o cuál es la muerte "digna". Las pérdidas asociadas a envejecimiento incluso se consideran agresiones a la vejez y discriminación por edad, incluso si es asumida como estereotipo por el propio mayor. Existen autores como D. Callahan que sostiene que un ser humano no merece ninguna inversión sanitaria si supera la expectativa de edad para su tiempo y lugar.

Recientemente existió una discusión en torno a la Clasificación de Enfermedades de OMS (CIE 11), que llegó a considerar la vejez como una patología. Esta caracterización fue denunciada como discriminatoria y felizmente la acción de la IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics), la Organización británica Helpage y expertos como el Dr. Alex Kallache (Ex director del Área Curso de Vida y Vejez de OMS), lograron revertir y modificar la clasificación.

Desde Oregon (1994), otros estados en EE.UU., Canadá, Holanda, Bélgica (donde se incluye a menores de edad), Suiza, Suiza. Luxemburgo, Nueva Zelanda, España, Colombia, últimamente, añaden leyes, muy diferentes. Por ejemplo, Colombia, como otros no admite el suicidio asistido.

Ninguno de los marcos legales internacionales o nacionales cuando hablan de muerte digna o asistencia en el final de la vida refieren a las conductas activas como la eutanasia o el suicidio asistido.

Por otro lado y en relación a la vejez, no se puede dejar de lado que la principal causa de muerte violenta, por encima de accidentes de tránsito y homicidios, son los suicidios y que la tasa de suicidio en personas mayores es la más alta, un grupo donde existe sub diagnóstico y pobre tratamiento de la depresión, un factor principal en este grave problema de salud mental. Ninguna de las normas prevén recaudos y garantías en este sentido, para evitar factores que puedan interferir con la libre decisión de la persona.

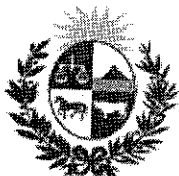
2. Personas adultas mayores. Consideraciones sobre los derechos en el final de la vida

Respecto de marcos legales relacionados mencionaremos, algunos, únicamente para fundamentar, que ninguno de ellos menciona a la eutanasia o el suicidio asistido como prácticas admisibles. Luego añadiremos los sustentos legales que justifican porqué los cuidados en la dependencia y los cuidados paliativos constituyen las mayores y mejores respuestas.

3. Es importante considerar algunos marcos legales relacionados con el tema que nos ocupa:

- Constitución de la República Oriental del Uruguay. Art. 44
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea de la ONU, 1948. Art. 1 y Art. 3)
- La Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Pacto de San José de Costa Rica (Ley 15.737).
- Código de Ética Médica. Ley 19.286. Art.46 y otros.
- Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Ley 18.335.
- Convención Interamericana sobre La Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 19.430/2016).
- Ley 18. 473. Voluntad Anticipada.
- Código Penal. Art. 37. Homicidio piadoso. Art. 315. "Determinación o ayuda al suicidio".

Todos los marcos legales internacionales y ya nuestra Constitución de nuestro país refieren a un mismo encuadre de derechos y dignidad en la vida, pero ninguno de forma específica refieren a acelerar el fin



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

Área Programática del Adulto Mayor

de la vida, siquiera en el sentido más liberal de su interpretación. Luego qué supone la dignidad? O bien qué supone en situaciones extremas? Todos los seres humanos nacimos y somos libres en bien y dignidad, como estableció la ONU en 1948. Pero la dignidad no es un valor perenne e intercambiable con la belleza, la funcionalidad cotidiana óptima, la salud impoluta, ni otro parámetro comparable a la juventud, porque es otra etapa de la vida y por tanto el concepto es distinto. La indignidad en la vejez deviene cuando no existe atención socio sanitaria para mayores, cuando no acceden a una atención por trabas económicas, cuando en prácticas médicas se les dice " Qué quiere Ud. a su edad, o son cosas de la edad"... Todos estos estereotipos están en el tema que nos ocupa y en la asimetría de información que se transmite hacia la toma de decisiones, ya desde elecciones en actos médicos, donde el usuario, en este caso mayor, está en desigualdad de condiciones e información, que hasta los propios mayores asumen en una relación de "confianza".

En un proyecto a consideración, **Proyecto E y SMA**, se considera la eutanasia y el suicidio asistido y en el otro se menciona a la eutanasia (E).

En el Proyecto E y SMA, se insta al cuerpo médico a cambiar su Código de Ética Médica y en particular su artículo 46. Incluso el autor de dicho proyecto establece que como el Código fue motivo de un plebiscito solo debiera ser cambiado por similar modelo. En el proyecto eutanasia (E) se derogan directamente los dos artículos de leyes que prohíben y condenan la eutanasia: el artículo 46 de la Ley 19.286 (Código de Ética Médica), que establece que... "La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión"...y por tanto sus sanciones...

Luego también se propone modificar el literal el literal (D) del Art. 17 de la Ley 18.335 (Derechos de usuarios), donde modifica y suprime... " **evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con este fin**" ...

3.1. Voluntad anticipada: La ley 18. 473 establece el derecho a la voluntad anticipada, es decir el derecho de los usuarios a manifestar su voluntad y opinión ante maniobras o cuidados en el final de la vida. Hoy el formulario está en la página de IMPO, aunque referenciada como Testamento vital. En realidad, dicha voluntad admite dos medios: uno gratuito mediante formulario específico, que estaba en la página del MSP y otro con costo a cargo de un escribano. Pero la norma prevé el acceso gratuito a manifestar dicha voluntad.

Sin embargo, se trata de un derecho donde los prestadores y equipos de salud no informan y de hecho menos de 3% de las personas que acceden a cuidados paliativos tienen su voluntad anticipada ya expresada. Junto al desarrollo de los cuidados paliativos se trata de un derecho que requiere de difusión e información permanente a los usuarios y capacitación del personal de la salud.

3.2. Las situaciones y entornos de abuso patrimonial.

Este aspecto aparece diluido y poco definido en los proyectos, más en uno que en otro caso. En ningún caso ni etapa debiera considerarse factible una participación familiar o de personas con alguna razón o interés financiero o patrimonial, siquiera como testigo. No se debe ignorar que una de las principales formas de abuso sobre personas mayores en nuestro medio es el abuso patrimonial.

3.3. Acerca de la aptitud "psíquica".

En ambos proyectos se establece como condición que la persona debe estar "psíquicamente apta", un concepto amplio que supone excluir cualquier condición que afecte la capacidad de entender, valorar entre distintas alternativas y decidir libremente. Existen numerosas situaciones que pueden interferir con el juicio, el razonamiento. La condición de que dos médicos en general, sin una formación en



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

Área Programática del Adulto Mayor

particular, entiendan en este aspecto no parece razonable ni es garantista, por la naturaleza misma de lo que se evalúa. De hecho la mayoría de las personas mayores con un deterioro cognitivo neurodegenerativo mayor no están legalmente declaradas incapaces y muchas adquieren deudas en esa condición. Por tanto también estarían aptas para consentir y solicitar la eutanasia.

Las personas mayores que cursan una depresión mayor también podrían considerar que su vida no es digna. Esta es una condición de presentación atípica frecuente en la vejez.

4. La autodeterminación y autonomía. Relación con otros principios de la ética médica.

Ninguno de los principios de ética médica debiera prevalecer sobre otros, ya que los mismos se relacionan entre sí, se articulan y relacionan en entornos cambiantes y del curso de la vida. Todos deben ser considerados en su contexto, incluyendo el de autonomía, que parecen guiar o prevalecer en las iniciativas en consideración. El ejercicio de la autonomía y autodeterminación supone condiciones para que el mismo sea libre y auténtico, primero desde una conciencia mórbida, segundo libre de toda coacción, donde el propio dolor y sufrimiento pueden ser coacción, librados a un tratamiento inadecuado o ausente. Luego libre de toda interferencia psicológica o mental cognitiva o repercusión afectiva no tratadas, documentadas objetivamente, cuestiones en las que los proyectos no son garantistas. Es difícil que todas estas condiciones coexistan en un contexto de decisión libre y los proyectos no garantizan ninguna de estas condiciones que aseguren el ejercicio de una libre decisión ni aseguren su documentación y registro, no libradas a una posterior reglamentación.

4.2. La Convención Interamericana de Protección de Derechos de las Personas Mayores. (Ley 19.430/2016).

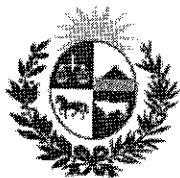
Se trata de un marco de referencia formal, que ya tiene efecto vinculante en nuestro país y que pone de manifiesto muchos aspectos donde los proyectos y temas que nos ocupan se ven afectados, en lo principal porque sus contenidos, que enfatizan en derechos, denuncia a los estereotipos de la vejez y promueve el derecho universal los cuidados paliativos. Ello evidentemente colide con la eutanasia u otras formas de cesación activas de la vida. Se trata de un aspecto diferente de contextos legales europeos o de otras latitudes que no suscribieron convenciones de esta naturaleza.

Ello puede apreciarse claramente en el preámbulo y antecedentes normativos mencionados en dicha convención, en las definiciones que se realizan sobre cuidados paliativos y el derecho a los mismos en su Art.2., en el Art. 6 sobre derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, en el Art. 9. donde se define el abuso patrimonial (que entendemos los textos propuestos no protegen), en el Art. 11, sobre voluntad anticipada que en nuestro medio carece de contralor y seguros, en el Art. 12, literal (e), sobre cuidados paliativos en instituciones de larga estadía. Tampoco se relaciona ni aseguran los supuestos del artículo 19 (derecho a la salud) de la misma norma. Ni los de los literales (h), (i) y (l) de dicho artículo, referidos a fortalecer los sistemas de cuidados de enfermedades crónico degenerativas, la capacitación del personal de salud así como la promoción y difusión de servicios de cuidados paliativos disponibles y accesibles para personas mayores.

Todos estos artículos y contenidos de la Convención que Uruguay ratificó van en sentido claramente contrario a la eutanasia.

El Art. 40 de la Convención establece el medio por el cual Uruguay ya realizó el depósito ante el organismo internacional y ello luego se transformó en norma en la Ley 19.430/2016 y por tanto vinculante en todo aspecto. Esta norma consolida derechos hacia los mayores y reafirma los cuidados paliativos como derechos y por tanto colide evidentemente con las iniciativas a que refiere este asunto en este grupo etario.

5.0. La dignidad en el fin de la vida está considerada ampliamente en nuestro marco legal y existen instrumentos para ello, sin necesidad de innovar ni de acelerar la muerte, como proceso natural que requiere acompañamiento, empatía y tratamiento de síntomas, generalmente mal abordados y hasta ignorados. La



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

Área Programática del Adulto Mayor

medicina paliativa y la formación en cuidados paliativos es necesaria y debe fortalecerse. Ese es el camino y no legalizar la eutanasia.

EN CONCLUSIÓN:

- Ambos proyectos promueven la legalización de la eutanasia, esto es acelerar la muerte por medios activos de seres humanos en determinadas condiciones, que entendemos poco y mal definidas en criterios de inclusión, procedimientos y con escasas garantías.
- Paradójicamente, a pesar de tratarse de un proceso en que de forma intencional y proactiva se acelera la muerte, en el artículo 10º se establece que los fallecimientos serán considerados "muerte natural".
- En ambos proyectos, sea desde un articulado principal o en otro orden, es evidente que el fin principal es evitar consecuencias legales para los médicos que ejerzan la eutanasia en un caso y el suicidio asistido añadido en otro proyecto.
- Los argumentos, resguardos, sistemas de registro, reportes de ambos proyectos son pobres y no garantistas. La inclusión de familiares entre testigos no asegura interés o protección patrimonial.
- En el proceso no se asegura que la evaluación de aptitud psíquica sea realizada por médicos competentes.
- La propuesta no prevé la objeción de conciencia respecto del tema.
- La propuesta no prevé protocolos ni equipos dedicados al tema en la regulación.

Dr. Ítalo Savio

Área Programática del Adulto Mayor

DIGESA - MSP



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD – Área programática Discapacidad y Rehabilitación.

Montevideo, 13 de junio de 2022.

A : la Dirección General de la Salud: Dr. Miguel Asqueta Sónora.

De : Programa Discapacidad y Rehabilitación

**Informe sobre los Proyectos de Ley de “Eutanasia y suicidio médicamente asistido” y Ley “Eutanasia”, ambos de Cámara de Representantes
Carpetas N° 67, marzo 2020 y N° 2137 de diciembre de 2021,
respectivamente.**

Consideraciones generales.

Definición y concepto. De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (RAE) se considera “Eutanasia, a una intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”.

Ambos Proyectos de Ley tienen el objetivo de legalizar y regular el derecho de una persona a decidir en circunstancias extremas a provocar su muerte mediante la asistencia médica, una vez cumplidos determinados requisitos.

Las causales que deben ser cumplidas por las personas que presenten esta demanda son:

- 1 Ser mayor de edad
- 2 Estar psíquicamente apto
- 3 Estar enferma de una patología terminal, irreversible, e incurable.
- 4 y/o estar afligida por sufrimientos insoportables.

La primera interrogante que surge es ¿es suficiente la voluntad de dos médicos cualquiera para determinar la aptitud psíquica del paciente, o se requiere necesariamente en este caso tan extremo, la valoración de un médico psiquiatra?



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD – Área programática Discapacidad y Rehabilitación.

En segundo término: ¿qué entendemos por sufrimiento insoportable y quién lo determina?

Según la RAE: **sufrir** es “padecer, dolor, pena”, y **padecimiento** es “Sentir física y corporalmente un daño, dolor, enfermedad, pena o castigo”.

Además de la voluntad expresa de la persona solicitante, corroborar una situación tan amplia y subjetiva, quedaría entonces en la apreciación y responsabilidad de dos médicos.

Es ineludible tener presente en tal circunstancia, una pregunta clave ¿se han agotado en este momento todas las medidas posibles dirigidas a aliviar el sufrimiento y hacerlo soportable para la persona en cuestión? Es indudable que los cuidados paliativos pueden y deben jugar aquí un papel preponderante. Consideramos que la atención de cuidados paliativos en cantidad y calidad, debe ser un requisito imprescindible, brindado por un plazo razonable a determinar, antes de abordar la posibilidad de un hecho irreversible que involucre a médicos cuyos principios básicos son los de preservar y mejorar las condiciones de salud, y la vida de las personas y los enfrenta a una actuación contraria en su modo más extremo: asistir activamente en la muerte.

La inaccesibilidad a los cuidados paliativos no puede ser un justificativo para habilitar la eutanasia, siendo un derecho absoluto para personas en esta situación tan extrema, acceder a los mismos, debiendo estos ser asegurados por el Estado.

Consideraciones específicas. Discapacidad y Eutanasia.

Si bien la discapacidad y la alta dependencia no son mencionadas en ambos proyectos como posibles causales para solicitar la eutanasia médicamente asistida, existen algunos casos referentes de amplia difusión como el de Sampedro en España que solicitaba tener una “muerte digna” porque “su vida no valía la pena de ser vivida con una cuadriplejía (1)(2).



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD – Área programática Discapacidad y Rehabilitación.

Sampedro luego de un traumatismo raquímedular sufre una lesión medular cervical quedando con una cuadriplejía de nivel C7. Este es un caso muy particular porque teniendo la posibilidad de mover hombros y codos y con ello controlar dispositivos como una computadora y otras ayudas técnicas para suplir otras funciones, se negó a toda rehabilitación en el Centro de Paraplégicos de Toledo y alegando que su vida no valía la pena de ser vivida abogó por la causa de su derecho a recibir una “muerte digna”.

Existen casos de discapacidad más severa, originada en lesiones cervicales altas C3 o C4, que suman a la cuadriplejía, deficiencias respiratorias importantes, que requieren medidas extremas para mantener la vida con respiradores mecánicos externos permanentes y otros dispositivos para asistir sus funciones de comunicación.

Este fue el caso del actor Christopher Reeves, que con una lesión cervical alta que requería soporte respiratorio permanente, mantuvo su voluntad de seguir viviendo y dedicó el resto de su vida y sus recursos personales, apoyando mediante una Fundación, el desarrollo de posibles tratamientos de reparación de las lesiones medulares.

En el caso de las lesiones medulares altas (cuadriplejías) en general existe un período de varios meses, en algunos casos hasta 1 año, en que las personas sufren una depresión importante, un período de “duelo” en el que incluso se niegan a entrar en programas de rehabilitación, y acceder a las ayudas técnicas adecuadas a su situación. Muchos de ellos luego del tratamiento antidepresivo y el apoyo adecuado, superan esta fase y logran participar de programas de rehabilitación compleja interdisciplinaria, que les habilitan a recuperar la posibilidad de recuperar grados importantes de autonomía, de funcionamiento, incluyendo la inclusión a la educación, empleo, recreación y a una amplia participación social.(2) También es importante señalar la importancia de derribar las barreras que el entorno



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD – Área programática Discapacidad y Rehabilitación.

social le interpone a la persona y que muchas veces son factores primordiales en las situaciones de discriminación y exclusión que deben enfrentar las personas con discapacidad para funcionar en igualdad de condiciones con las demás.(3)

La rehabilitación requiere en forma imprescindible de la colaboración activa de la persona que debe ser motivada a tal efecto. Las personas que han sufrido lesiones y deficiencias graves, similares, debidamente capacitadas, actuando como “consejeros” han resultado brindar excelentes aportes integrados al equipo de rehabilitación.

En el año 2021 tres expertos de ONU en materia de derechos humanos suscribieron un texto publicado por la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (5) en el que declaran que la discapacidad “no debe ser nunca base o justificación para poner fin a la vida de nadie, sea de modo directo o indirecto.”Bajo ninguna circunstancia –aseguran los expertos- una ley debe contemplar, para una persona con discapacidad que no esté muriendo, que acabar con su vida, con apoyo del Estado, pueda ser una decisión bien razonada”. Finalmente señalan que es necesaria la presencia de “las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas, que sean escuchadas a la hora de diseñar políticas y regulaciones que afectan sus derechos, especialmente cuando hablamos del derecho a la vida”.

En suma

Ante la situación de una persona que manifieste su voluntad de recibir una muerte asistida, es menester que según el caso, se hayan agotado todas las medidas hoy disponibles, como la rehabilitación, los cuidados paliativos, el tratamiento psiquiátrico, y otras medidas adecuadas a la situación particular de la persona antes de considerar



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD – Área programática Discapacidad y Rehabilitación.

una medida extrema e irreversible como lo es la muerte asistida solicitada en forma firme, sostenida y manifestada en “plenas facultades” por la persona peticionante.

Adherimos plenamente en el señalamiento de las debilidades percibidas en ambos proyectos, ya expuestas por la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP). También por las mencionadas en los informes de los Programas de Cuidados Paliativos, del Adulto Mayor y de Salud Mental de la Dirección General de la Salud del MSP.

Prof. Dr. Juan Lacuague

Asesor Responsable

Programa de Discapacidad y Rehabilitación

Dirección General de la Salud

Ministerio de Salud Pública.

Referencias:

1. Serrano Ruiz-Calderón, J.M. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas. Cuadernos de bioética. XVIII, 2007/1^a.
2. Marin-Olalla, F. La eutanasia: un derecho del siglo xxi . Asociación Derecho a Morir Dignamente, Madrid, España FGac Sanit. 2018;32(4):381–382
3. Art.1.Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. ONU. 2008
4. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
5. <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/01/disability-not-reason-sanction-medically-assisted-dying-un-experts?LangID=E&NewsID=26687>



Ministerio
de Salud
Pública

Área Programática para la Atención en Salud Mental
Dirección General de Salud
Ministerio de Salud Pública

16 de junio, 2022

A : Dirección General de la Salud: Dr. Miguel Asqueta Söhnora.
De : Area Programática para la Atención en Salud Mental

Informe sobre los Proyectos de Ley de “Eutanasia y suicidio médicamente asistido” y Ley “Eutanasia”, ambos de Cámara de Representantes Carpetas N° 67, marzo 2020 y N° 2137 de diciembre de 2021, respectivamente.

Consideraciones generales

En primera instancia, es importante destacar que en términos generales adherimos plenamente con los señalamientos expuestos tanto por la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), así como por los mencionados en los informes de los Programas de Cuidados Paliativos, del Adulto Mayor y de Discapacidad/Rehabilitación de la Dirección General de la Salud del MSP.

En otro orden, resaltamos la preocupación que tiene el país con respecto al aumento sostenido durante los últimos 20 años respecto de las cifras de suicidio a nivel nacional y las medidas que se llevan adelante con el objetivo de lograr una reducción de las mismas (Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025). Estos elementos deben ser considerados en el mismo proceso de discusión.

Consideraciones específicas

1. Particularmente notorio resulta la falta de definición clara y precisa en ambos proyectos, acerca de conceptos fundamentales para la definición de las poblaciones objeto de la Ley. Nos referimos específicamente a los conceptos de **A.** Persona “psíquicamente apta” y **B.** Persona “aflijida por sufrimientos insoportables”.
2. Asimismo, resulta preocupante la ausencia de referencias explícitas a la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios que integren profesionales de la salud mental, del derecho, etc. para una adecuada y justa valoración y seguimiento integral de cada situación en particular. (como por ejemplo en la Leyes sobre interrupción voluntaria del embarazo N° 18.987 Artículo 3 y la Ley de Salud Mental 19529 Artículos 19 y siguientes)
3. Se destaca que en ambos proyectos de Ley se le permita a la persona solicitante poder retractarse rápida y fácilmente en cualquier momento del proceso.

Área Programática para la Atención en Salud Mental
Dirección General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay
Tel. 1934 int. 4253
saludmental@msp.gub.uy



Área Programática para la Atención en Salud Mental
Dirección General de Salud
Ministerio de Salud Pública

En suma

Ante la situación de una persona que manifieste su voluntad de recibir una muerte asistida, es menester que en todos los casos se hayan agotado todas las medidas hoy disponibles antes de considerar una medida extrema e irreversible como lo es la muerte asistida. Nos referimos a la rehabilitación, los cuidados paliativos, el tratamiento psiquiátrico, y otras medidas adecuadas a la situación particular de la persona.

En este sentido, consideramos prioritaria que se profundice en la discusión de la Ley de Cuidados Paliativos (actualmente con media sanción parlamentaria), de forma que se pueda garantizar el acceso universal y de calidad dentro del SNIS para todas las personas que puedan requerir una atención de cuidados paliativos, dado que aún un 47 % de la población carece actualmente de acceso a la misma.

Dr. Horacio Porciúncula

Asesor Responsable

Area Programática de Salud Mental

Dirección General de la Salud - Ministerio de Salud Pública.

Área Programática para la Atención en Salud Mental
Dirección General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay
Tel. 1934 int. 4253
saludmental@msp.gub.uy

Con lo informado por los programas de Cuidados Paliativos, Adulto Mayor, Discapacidad y Salud Mental, pase a la DIGESA con las consideraciones siguientes:

1. Es fundamental que se profundice y avance hacia la universalización de los cuidados paliativos en el Uruguay.
2. Se reitera la solicitud de conformación de la Comisión de Bioética y Calidad de la Atención Integral en Salud para que pueda expedirse sobre los proyectos de ley en cuestión.
3. Se observa una coincidencia entre los programas informantes sobre las debilidades y cuestiones no resueltas en el proyecto de ley al que se hace referencia en estos actuados.

Se resume a continuación las conclusiones principales de cada uno de los programas

Cuidados Paliativos :

Buenas tardes a todos, recibimos el documento que está fechado 30 de setiembre 2021. Agradecemos profundamente el esfuerzo en su elaboración. Sin embargo recordamos que en el mes de diciembre 2021 se presentó otro proyecto de ley en el parlamento llamado "Eutanasia", que anexamos, por lo cual la discusión ha cambiado de enfoque y están ambos en la comisión de salud del parlamento para discusión.

Sería muy oportuno poder contar con la invaluable opinión de la **Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud**.

Con mucho gusto y extremada urgencia agradezco ponerme en comunicación con los integrantes de dicha comisión para solicitarles su opinión, ya que han sido involucrados en ambos proyectos de ley.

Adulto Mayor :

- Ambos proyectos promueven la legalización de la eutanasia, esto es acelerar la muerte por medios activos de seres humanos en determinadas condiciones, que entendemos poco y mal definidas en criterios de inclusión, procedimientos y con escasas garantías.
- Paradójicamente, a pesar de tratarse de un proceso en que de forma intencional y proactiva se acelera la muerte, en el artículo 10 se establece que los fallecimientos serán considerados "muerte natural".
- En ambos proyectos, sea desde un articulado principal o en otro orden, es evidente que el fin principal es evitar consecuencias legales para los médicos que ejerzan la eutanasia en un caso y el suicidio asistido añadido en otro proyecto.
- Los argumentos, resguardos, sistemas de registro, reportes de ambos proyectos son pobres y no garantistas. La inclusión de familiares entre testigos no asegura interés o protección patrimonial.
- En el proceso no se asegura que la evaluación de aptitud psíquica sea realizada por médicos competentes.
- La propuesta no prevé la objeción de conciencia respecto al tema.
- La propuesta no prevé protocolos ni equipos dedicados al tema en la regulación.

Discapacidad y rehabilitación :

Ante la situación de una persona que manifieste su voluntad de recibir una muerte asistida, es menester que según el caso, se hayan agotado todas las medidas hoy disponibles, como la rehabilitación, los cuidados paliativos, el tratamiento psiquiátrico, y otras medidas adecuadas a la situación particular de la persona antes de considerar una medida extrema e irreversible como lo es la muerte asistida solicitada en forma firme, sostenida y manifestada en "plenas facultades" por la persona peticionante.

Adherimos plenamente en el señalamiento de las debilidades percibidas en ambos proyectos, ya expuestas por la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP). También por las mencionadas en los informes de los Programas de Cuidados Paliativos, del Adulto Mayor y de Salud Mental de la Dirección General de la Salud del MSP.

Salud Mental: