



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
OFICINA DE BIOÉTICA

RECOMENDACIONES PARA EL PROYECTO DE LEY DE MUERTE DIGNA Y CUIDADOS PALIATIVOS (que se encuentra en el parlamento) ¹

TEMA: Rol del Comité de Ética Asistencial ante la solicitud de muerte médicamente asistida (MMA).

Elaborado por: Dra. Carmen Nadal Agost

Revisado por: Comisión Asesora de Ética Asistencial (CEAM)

Fecha: 22 de octubre del 2021

Declaración:

El presente documento responde a una solicitud del gabinete ministerial respecto al rol de los Comités de Ética Asistencial en el proyecto de ley de Muerte Digna y Cuidados Paliativos (Boletín N°7.736-11, 9.644-11, 11.577-11 y 11.745-11, refundidos), en su segundo trámite constitucional en Senado.

El objetivo de estas recomendaciones es aportar al debate legislativo y no responde a una postura favorable o contraria a la legislación de la eutanasia en Chile.

Cuestionamientos:

1. En el proyecto de ley de Muerte Digna y Cuidados Paliativos ¿ Debe considerarse el pronunciamiento del Comité de Ética Asistencial (CEA) de la institución, como un requisito obligatorio previo a la asistencia médica para morir (ex – ante)?

En el proyecto de ley se señala: "... *Incorpóranse, a continuación del artículo 20, los siguientes artículos: ... Artículo 20 A.- El médico al cual le fue requerida la asistencia médica para morir podrá solicitar al comité de ética (asistencial) respectivo un pronunciamiento acerca de dicha petición. El comité de ética deberá emitir su opinión dentro del plazo de quince días hábiles...*"

En el actual proyecto, la solicitud de asesoría a un CEA por parte del médico queda condicionada a la necesidad manifestada por el solicitante (el médico), no estableciendo una obligatoriedad.

¹ Estas recomendaciones fueron elaboradas a partir de reuniones entre la oficina de bioética del MINSAL y la Comisión Asesora de Ética Asistencial (CEAM). Complementario a esto, se convocó a una reunión ampliada a todos los CEA del país el día 20 de octubre del 2021 para abrir la discusión en esta temática.

Según lo deliberado en la Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud (CEAM) el pronunciamiento de un CEA no deberá ser considerado un requisito obligatorio ex – ante de una MMA. Este párrafo del proyecto de ley es concordante con la opinión de la CEAM, quienes aluden las siguientes razones:

a) Jurídicas:

Las funciones de un CEA son de carácter consultivo y sus resoluciones no son vinculantes, pues no reemplazan la responsabilidad de quien haya solicitado la asesoría, como tampoco cumplen una función auditora, ni fiscalizadora para verificar el cumplimiento de requisitos ante procesos protocolizados.

Es importante señalar que los Comités de Ética Asistenciales del país no cuentan con un sistema de acreditación que garantice un nivel óptimo de funcionamiento (como sucede con los Comité de Ética Científicos, cuyas resoluciones son de carácter vinculante), situación que va en directo desmedro de su legitimidad dentro de las instituciones donde se encuentran. Si bien la oficina de Bioética del Ministerio de Salud reconoce el aumento exponencial de los CEA en estos últimos años², registrando un catastro de 133 a nivel país³ (particularmente en los prestadores institucionales de atención cerrada y alta complejidad), aún está pendiente su evaluación estandarizada, no obstante, por la experiencia de convocatorias y reuniones es posible deducir que son disímiles los grados de desarrollo y funcionamiento.

Según el Decreto n°62 que regula la constitución y el funcionamiento de los CEA en Chile, establece en:

art.8 Son funciones de los comités (extracto):

- Asesorar a los usuarios o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos ético-clínicos que se susciten como consecuencia de la atención en salud.
- Contribuir, en el marco de su función consultiva, a la protección de los derechos de los usuarios en su relación con los prestadores, y proponer a la institución las medidas adecuadas para la satisfacción de ellos en los casos de que resulten afectados.
- Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas que participan en la relación clínica, en el marco de su función consultiva.

art.9 Queda prohibido a los comités (extracto):

- Proponer sanciones y adoptar decisiones de carácter resolutivo.
- Reemplazar la decisión clínica del profesional tratante o asumir la responsabilidad de quien ha solicitado su asesoramiento.
- Efectuar auditorías a las actuaciones de los profesionales de la salud.

Art.14 (extracto)

- El pronunciamiento del Comité tendrá solamente carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal derivada de ello.

² Encuesta realizada a CEAs del país. Memoria CEAM (2019) pág 29 disponible en: http://ish.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2020/10/CEAM-Memoria-Anual-CEAM-2019.pdf

³ Datos al 20 de octubre del 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/bioetica/comites-de-etica/>

b) Éticas:

El CEA es un órgano consultivo e interdisciplinar que apoya a los equipos tratantes ante conflictos ético-clínicos que implican colisión de valores y discrepancias entre todos o parte de los involucrados en una situación específica. No parece adecuado obligar al médico tratante a solicitar asesoría de un CEA cuando las partes involucradas (paciente-familia-tratante) están de acuerdo con la decisión de una MMA y existe una solicitud expresa, reiterada y voluntaria del paciente. Por el contrario, sería adecuado que el pronunciamiento de un CEA se solicite cuando alguna de las partes involucradas discrepe o exista sospecha de vulneración de derechos, situación que debiese representar una excepción si se ha establecido una relación médico-paciente óptima, una relación clínica centrada en la persona y un proceso de deliberación entre el médico y su paciente basado en la información respecto a su enfermedad y los tratamientos paliativos disponibles.

2. ¿Por qué es importante promover el proceso deliberativo entre el médico y su paciente antes de una MMA?

En el proyecto de ley se señala: "*... Artículo 16 E.- Antes de practicar una asistencia médica para morir, el médico debe:*

a) Iniciar con la persona solicitante un proceso deliberativo sobre diagnósticos, posibilidades terapéuticas, resultados esperables y posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita".

El proceso deliberativo con el paciente es un deber ético ineludible por parte del médico:

- Porque la mera voluntad de la persona, si bien es condición necesaria, no es suficiente para legitimar las elecciones.
- Porque el derecho al acceso a la muerte médicamente asistida tiene límites y estos deben proteger jurídica y éticamente a las personas más vulnerables.
- Porque el contexto genuinamente autónomo para validar una solicitud de muerte, siempre estará influenciado por factores personales, sociales y culturales, que necesariamente interfieren y condicionan la decisión.
- Porque es relevante comprender si la justificación para solicitar la muerte depende de condiciones particulares o sociales del paciente. De ser posible eliminar el sufrimiento que éstas causan, la solicitud de MMA no estaría razonablemente justificada.
- Porque la solicitud de muerte por parte de una persona debido a la "sensación" de que no existe la posibilidad económica, un entorno social y/o una condición existencial para seguir viviendo, debe ser razonada y abordada desde los cuidados psicológicos y espirituales antes de una MMA.
- Porque la relación clínica es la mejor respuesta para abordar y tratar de mitigar las formas de coerción, cuidando la vulnerabilidad de la persona enferma, en el contexto de su desesperanza, la incapacidad para lidiar con la enfermedad, la imposibilidad de tratar su sufrimiento y la posible desarticulación del contexto social-familiar.

- Porque una regulación de la MMA que no garantice protección a los más vulnerables, generará desconfianza en la ciudadanía.

- Porque todas las personas con enfermedades avanzadas que puedan estar acercándose al final de la vida tienen derecho a acceder a una atención de alta calidad técnica y compasiva. No siendo la muerte un evento estrictamente médico, la atención médica al final de la vida debe armonizar con el apoyo social, psicológico y espiritual que el paciente necesite, en un abordaje interdisciplinario.

3. ¿Cómo se garantiza el cumplimiento de los requisitos legales antes de una MMA?

Las experiencias internacionales señalan la existencia de médicos asesores, comités ex - ante y ex - post para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales antes del procedimiento de una MMA. Ninguna de las publicaciones revisadas para este documento, señala al CEA para cumplir esta función específica. En el caso de España, según el grupo de Observatorio en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, el CEA deberá: "Resolver de la forma más prudente y razonable cada solicitud, requiere que durante el procedimiento se prevea la posibilidad de que el médico responsable, médico consultor y la Comisión de Garantía y Evaluación puedan recurrir, para adoptar su decisión, a otros profesionales especializados, o bien, al comité de ética asistencial (CEA), cuestiones no contempladas en la referida Ley. Los CEA pueden desempeñar un papel de asesoramiento de los profesionales de la salud muy relevante, sin que ello deba suponer demora en la tramitación del procedimiento. Asimismo, los CEA pueden contribuir a difundir y ejercer una labor docente al interior de los centros de salud en lo que respecta a la Ley Orgánica de Eutanasia, así como entregar orientaciones a las respectivas direcciones para su puesta en ejecución". No obstante, esto último no se encuentra contenido en la ley de eutanasia española.

PAISES BAJOS (2001)

Existen las figuras del médico tratante y del médico asesor.

Médico tratante o comunicante. De acuerdo con la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL) solamente un médico tiene derecho a dar curso a una petición de eutanasia de un paciente. En todos los casos, el médico encargado debe haberse informado correctamente sobre la situación del paciente y debe haber constatado personalmente que se han cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Médico asesor o SCEN ("Support and Consultation for Euthanasia in the Netherlands"): Son médicos de al menos 5 años de experiencia clínica que proporcionan información y evalúan, de forma experta e independiente, la petición de eutanasia. Ellos tienen una formación y son certificados por la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG). Se espera que el médico asesor juzgue aspectos como el sufrimiento existencial y los sentimientos de desesperanza, que son más inherentes a la etapa final de la vida que a la patología del paciente. No se trata de que el asesor evalúe al médico tratante. Tampoco es tarea del asesor "autorizar" al médico tratante. Se trata de que el asesor llegue a un dictamen sobre el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado y que informe al respecto al médico tratante de forma escrita. La independencia que se exige al asesor con respecto al médico tratante implica que no exista ninguna relación personal, organizativa, jerárquica o financiera entre ellos. Si el médico tratante

no está conforme con el dictamen del asesor, deberá argumentarlo claramente en su informe que se envía al comité regional (ex - post).

BÉLGICA (2002)

Existen las figuras del médico tratante y del médico asesor.

Médico asesor o LEIF (Life End Information Forum): Su formación se centra en el marco ético de las decisiones sobre el final de la vida. Tanto SCEN (Países bajos) como LEIF organizan reuniones de grupo, denominadas "intervenciones", en las que los médicos pueden discutir problemas y casos concretos con sus colegas. El alcance de LEIF es más amplio que el de SCEN, ya que su objetivo también es brindar consultas en otras decisiones sobre el final de la vida, incluidos los cuidados paliativos, a otros médicos y pacientes, y brindar al público en general información sobre eutanasia y otros asuntos relacionados con el final de la vida.

LUXEMBURGO (2009)

Existen las figuras del médico tratante y del médico experto.

Antes de la eutanasia, el médico tratante podrá, si lo considera necesario, estar acompañado o aconsejado por un experto de su elección y añadir la opinión o el certificado de la intervención de este último, al expediente médico del paciente. Si se tratara de un dictamen pericial médico, la opinión o certificado de la intervención será igualmente añadido al expediente del paciente. El médico consultado será imparcial ante el paciente y ante el médico tratante, además debe ser competente en lo que se refiere a la patología que sufre el paciente.

ESPAÑA (2020)

Existen las figuras del médico tratante, del médico experto y de una comisión de garantía y evaluación.

Primero, el paciente debe contar con el consentimiento de su médico. Éste, a su vez, debe pedir la opinión a un facultativo consultivo (médico experto), quien debe tener "formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente", pero no pertenecer "al mismo equipo del médico responsable". Después, la comisión de evaluación y garantía deberá nombrar a dos expertos que evalúen el tema (uno de ellos, un jurista). Si ambos están de acuerdo, el proceso seguirá adelante. Si no, deberá decidir el pleno de la comisión. Una vez que esta decida que la petición está justificada, se lo comunicará al médico responsable para que proceda a aplicar la eutanasia o facilitar el suicidio. Si en algún paso la solicitud es rechazada, el interesado puede reclamar ante la comisión y, si no está de acuerdo con lo que esta determine, ante la "jurisdicción contencioso-administrativa".

Comisión de Garantía y Evaluación: Es la mayor diferencia entre la ley española y las que ya existen en Europa (Holanda, Bélgica y Luxemburgo), que basan la decisión en el criterio del médico del paciente y de dos colegas, dejando la revisión del cumplimiento de los requisitos legales en una comisión ex - post. Habrá una comisión por comunidad y en cada ciudad autónoma, y la ley solo establece que su composición "tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, juristas y de enfermería". Estos últimos profesionales no estaban incluidos en la versión del texto que se aprobó en el Congreso en diciembre, y

se les incluyó en el trámite de enmiendas del Senado. Serán los Gobiernos autónomos los que determinarán "su carácter jurídico". Cada una tendrá "un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada comisión y autorizado por el órgano competente de la Administración autonómica". "El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las comunidades autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud".

CANADA (2016)

Existen las figuras del médico/enfermera tratante, del médico/enfermera asesor y del médico experto.

Para garantizar el cumplimiento de requisitos antes de aplicar eutanasia, se asegura que otro médico o enfermero (distinto a los tratantes) haya proporcionado una opinión por escrito que confirme que la persona cumple con todos los criterios establecidos.

Dos médicos independientes o enfermeras deben confirmar que un paciente cumple con los requisitos de elegibilidad. Si la muerte natural no es razonablemente previsible, uno de los dos médicos que confirman la elegibilidad debe tener experiencia en la condición que causa el sufrimiento de la persona. En los casos en que ninguno de los profesionales tenga experiencia, uno de los dos evaluadores debe consultar con otro profesional con esa experiencia y compartir los resultados con el otro evaluador.

COLOMBIA (2015)

Existen las figuras del médico tratante y de los Comités Científico-Interdisciplinarios.

Comités Científicos-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad creados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-970 de 2014 y regulados actualmente en la Resolución 971 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social. Este Comité evalúa la solicitud y puede aprobar o denegar el procedimiento eutanásico, como asimismo, vigilar y acompañar el trámite del procedimiento y verificar que en cada paso se cumpla con los requisitos, como lo es la reiteración de la voluntad y el consentimiento de la persona enferma. Cada Comité está compuesto por tres integrantes: Un médico especialista, diferente al médico tratante, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico. Desde julio del 2021 el Comité puede ser convocado por cualquier profesional de la medicina que deba darle trámite a las peticiones verbales o escritas que hagan las personas. Tener en cuenta que este Comité para Morir Dignamente no es lo mismo que el Comité de Ética.

4. ¿Qué aspectos son esenciales para la conformación de un comité ex - ante que evalúe el cumplimiento de los requisitos que impone la ley?

- *Legitimidad*: Implica formación adecuada en las temáticas de fin de vida y el reconocimiento legal de su conformación y funciones.
- *Independencia*: Implica que no exista ninguna relación personal, organizativa, jerárquica o financiera entre los miembros del comité y el equipo tratante o el paciente y su familia.

- *Profesionalismo*: Implica desarrollar su función con compromiso, prudencia y responsabilidad.
- *Interdisciplinariedad y representatividad*: Implica la inclusión de las diversas perspectivas involucradas en el caso y el diálogo respetuoso entre las partes.
- *Transparencia*: Implica el control social ante conflictos de intereses para garantizar el cumplimiento de su función de forma idónea.
- *Idoneidad*: Implica la experiencia, conocimientos, habilidades y competencias para desempeñar la función encomendada.
- *Enfoque de derechos*: este comité no debe ser conformado por objetores de conciencia y, en ningún caso, debe transformarse en un obstáculo que impida garantizar que se respeten los derechos del paciente.

5. ¿Que formación se requiere para los miembros de un comité de garantía (ex-ante)?

Se sugiere la conformación de un comité ad-hoc, de carácter institucional o independiente con:

- Formación en derechos humanos.
- Formación en decisiones de fin de vida y bioética.
- Formación en cuidados paliativos.
- Formación en cuidados espirituales.
- Formación médica en la especialidad con mayor competencia para determinar la irreversibilidad y la condición terminal de la enfermedad.

El control de garantías (de la ley en discusión) deberá ser atribuido a comités ad hoc, quienes con juicio ponderativo de naturaleza objetiva y de acuerdo con cada caso, deberán decidir con imparcialidad cuál es el interés del paciente: seguir viviendo o morir dignamente.

Recomendaciones para los Comités de Ética Asistencial ante la solicitud una MMA (en caso de promulgación de la ley en discusión)

1. Velar por respeto a la dignidad de las personas, a su autonomía decisional. y a los derechos humanos

2. Velar por el cumplimiento de la Ley 20.584.

3. FUNCIÓN FORMATIVA

- Educar a todo el equipo de la institución respecto a temas éticos asociados al proceso de fin de vida.

- Establecer espacios de diálogo y de debate en la institución.

- Acoger el estrés moral del personal de salud ante la solicitud de una MMA por parte de un paciente, ofreciendo herramientas de afrontamiento y asesoría. El personal de salud no es el responsable de conservar la vida de sus pacientes ante cualquier evento; su

obligación moral es evitar aquellas muertes prematuras e innecesarias y considerar el "sufrimiento tolerable" y una "vida digna" según lo defina su paciente. Favorecer una muerte digna implica una ética de cuidado que resalte la virtud de "disponerse para el otro", aplacar su sufrimiento en la medida de lo posible, garantizar al ciudadano su derecho a participar en las decisiones relacionadas con sus propios procesos, ofrecerle la mayor atención médica disponible y acompañar desde lo humano y espiritual.

- Promover la relación médico – paciente y la asistencia sanitaria centrada en las personas, como fortalezas claves para abordar temas de gran estrés moral.

4. FUNCIÓN CONSULTIVA

-Asesorar a los equipos tratantes, pacientes y familiares ante conflictos éticos originados de la solicitud de una MMA, sin que ello deba suponer una barrera o demora en la tramitación del procedimiento.

-Evaluar la autonomía del paciente (libertad, voluntad, sin coacción).

-Evaluar el proceso de decisión (sin juzgar o inducir acciones) y las condiciones particulares y contextuales del caso.

-Asegurar que el paciente cuente con información respecto a la oferta de tratamientos paliativos y cuidados espirituales como parte de sus alternativas, sin considerarlas en reemplazo de una MMA cuando los requisitos de la ley se cumplen a cabalidad.

-Apoyar la labor de equipos asesores de médicos tratantes o comités ex- ante.

5. FUNCIÓN NORMATIVA

-Asesorar a la institución y a los equipos de salud en el marco ético de protocolos locales.

Bibliografía

PAISES BAJOS:

- <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-codigo-practicas-eutanasia-comites-regionales-pbajos.pdf>
- <https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/jaarverslagen/2019/april/17/index/Informe+Anual+2019.pdf>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2796321/>
- <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1063-z>

- https://www.ntvg.nl/artikelen/boordeling-van-euthanasieverzoek-door-scen-artsen/extended_abstract
- <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=864cf07f-d54b-418e-9575-97041efec710&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=68682&elementid=2031046>

BÉLGICA

- <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-220>
- <https://derechoamoir.org/wp-content/uploads/2019/07/19-CODIGO-eutanasia-pbajos18.pdf>

COLOMBIA

- <https://www.desclab.com/post/comite>

LUXEMBURGO

- <https://derechoamoir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>

ESPAÑA

- <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/documents/doc-impacto-normativo-eutanasia-2021.pdf>
- https://www.google.com/amp/s/www.abc.es/sociedad/abci-asociacion-bioetica-madrid-denuncia-ley-abre-puerta-eutanasias-no-solicitadas-202103020115_noticia_amp.html
- <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>

CANADÁ

- http://eol.law.dal.ca/?page_id=236

OTRAS FUENTES:

- <https://derechoamoir.org/wp-content/uploads/2018/09/17-KNMG.Vida-Cumplida-esp.pdf>
- <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/94/329.pdf>
- *El Final de la Vida. (2021)* Editores: Juan Pablo Beca y Rodolfo Armas. E. Mediterráneo. Santiago, Chile.

- Dittborn, M.; Nicolich, C. (2020) Legalización de muerte médicamente asistida: discusión sobre el potencial impacto en el desarrollo de cuidados paliativos. Rev Med Chile 2020; 148: 665-673
- Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life. Committee on Approaching Death: Addressing Key End of Life Issues; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Mar 19.
- DOI: 10.17226/18748
- Gervas, J. ; Pérez Fernández, M. (2011) Cómo ejercer una medicina armónica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad
- Taboada R, Paulina. (2000). El derecho a morir con dignidad. Acta bioethica, 6(1), 89-101. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>
- Eutanasia:hacia una muerte digna (2008). Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico. México.
- Judez, J. (2007) Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado. Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
- Cerrillo, J. (2020) Las justificaciones de la muerte asistida. RECERCA, REVISTA DE PENSAMENT I ANÀLISI, NÚM. 25(2). 2020. ISSN electrònic: 2254-4135 – pp. 137-156 DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/Recerca.2020.25.2.8>
- García, N. (2008) Despenalización de la eutanasia en la Unión Europea: autonomía e interés del paciente. Estudios en Derecho y Gobierno Bogotá (Colombia). Diciembre de 2008: 1(1) Página 47