

## **Terminalidad de la Vida** **Aspectos Médico-Legales de la Eutanasia**

End Of Life. Medical And Legal Aspects Of The Euthanasia.

Dr. Sergio Ramírez E.\*

### **Resumen**

El progreso de la ciencia médica y sus efectos sobre el ser humano encuentran en la muerte un límite ético a sus posibilidades. El progreso médico, en ocasiones, se opone a los derechos de los pacientes, apareciendo la eutanasia como uno de sus principales conflictos.

La discusión bioética debe resolver el dilema sobre permitir o no la muerte de todo paciente terminal que así lo desee.

Algunas legislaciones han permitido la eutanasia, basadas en la autonomía del paciente, cuando aparecen situaciones que no permiten una buena calidad de vida en pacientes que padecen enfermedades terminales. El propósito de este artículo es realizar un análisis acerca de la eutanasia con el objeto de clarificar los conceptos, sus aspectos bioéticos y realizar un análisis del proyecto de ley que pretende aprobar la eutanasia en Chile, encontrándose en dicho proyecto muchas contradicciones dentro del mismo y en relación con la legislación chilena en general.

**Palabras clave:** Eutanasia; Eutanasia Pasiva; Eutanasia Activa; Proyecto de Ley sobre Eutanasia.

### **Summary**

The progress of medical science and their effect on the human being find in the death the ethical limits to their possibilities. The medical science, sometimes, opposes to the patients rights, so appear the euthanasia like one of these principals' troubles.

The bioethics discussion must to resolve the question about to permit the possibilities of death to all terminals patients who don't want to continue with their lives.

Some legislation has permitted the euthanasia based on autonomy of the patients when some situation doesn't permit one well quality of life in patients with terminal illness.

The purpose of this paper is to make an analysis about the euthanasia with the object to clarify some concepts, their bioethical aspects and to analyze the Chilean project of law which pretends to regulate the euthanasia, finding many contradictions inside the project and in their relation with the Chilean legislation in general.

**Key words:** Euthanasia; passive euthanasia; active euthanasia; therapeutic cruelty; autonomy patient; law project about euthanasia.

### **I.- Introducción**

El progreso de la ciencia médica y su efecto sobre el ser humano, ha llevado la salud y la vida al límite de sus posibilidades, provocando el surgimiento de problemas respecto a la salud de la gente y las posibilidades de sobrevivencia que hasta hace poco tiempo eran impensados. Conjuntamente el desarrollo de los derechos humanos en el ámbito jurídico ha llevado a establecer normas que regulen y protejan dichos derechos.

La congruencia de estas dos situaciones ha hecho que el área normativa legal y judicial intervenga en problemas que hasta no hace mucho estaban restringidos al área médica y que sólo los médicos resolvían, incluso sin la intervención o consentimiento del paciente.

La bioética surge como el nexo que nos permite, por un lado, resolver problemas derivados del quehacer médico dándonos pautas para tratar mejor la patología, teniendo en cuenta el bienestar general del individuo más allá de

sanar la patología respectiva y considerando sus propias opciones y creencias y, por otro lado, respetar el ámbito legal protegiendo al profesional médico de ser juzgado y aún castigado en caso de contravenir esos derechos, incluso si esto se produce sin el ánimo de provocarlos. Se establece así cuatro principios que representan obligaciones básicas, guías del actuar médico.

Por otro lado, existen diferentes concepciones sobre la vida y la capacidad de decisión o determinación que al sujeto se le debe reconocer.

La primera posición clásica y religiosa afirma que la vida es un valor sagrado, sin importar la voluntad del sujeto y donde no existe posibilidad alguna de discutir esta premisa. La segunda concepción es la de la calidad de la vida. Hay circunstancias que contribuyen a que la calidad de ésta sea mayor o menor, y por lo tanto puede ser sometida a ponderación con otros fines, valores o intereses (1). Las distintas concepciones determinan el modo de enfrentar el tema ético en la medicina y así en la historia ha predominado la primera concepción, situación que ha cambiado en las últimas décadas.

Uno de los problemas morales fundamentales es saber

\* Médico Anestesiólogo, Universidad de Chile.  
Egresado de Derecho, Universidad La República.

cuándo la vida ya es más un mal que un bien. Los valores sobre los que esto gira son la dignidad y la autonomía. La autonomía moral tiene que ver con la autorrealización. Es la decisión del individuo la que sirve para calificar su vida de valiosa o no. Él es quien decide lo que es mejor para sí, sin restricción alguna.

Sin embargo, la aplicación práctica del principio de autonomía no es absoluta por cuanto la mayoría de las legislaciones prohíbe la eutanasia, estableciendo la vida como un bien supremo, ni siquiera disponible por el propio sujeto.

En todo caso, se trata de problema que no tiene una solución general, es un dilema moral, lo cual implica necesariamente, que cualquier decisión que se tome, o posición que se adopte, tendrá como resultado la lesión de algún valor, ya sea la vida o la autonomía.

## II.- Derecho y Bioética

La relación establecida entre la medicina y el derecho en el ámbito de la atención al paciente está fuertemente relacionada con los principios de la bioética. La historia de la relación médico paciente es la historia de la aplicación de dichos principios.

### 1.-) Principios de Bioética

#### **Beneficencia:**

Hacer bien, propiciar el beneficio. Es el principio que regula en forma general el actuar médico.

#### **No maleficencia:** (Primum non nocere)

Primero no dañar. El paciente no debe recibir tratamientos que le causen daño, incluso se debe minimizar todo lo que eventualmente haga daño. Es decir, evitar la impericia y la imprudencia.

#### **Autonomía:**

El hombre es un ser libre y para poder expresar esa libertad debe contar con toda la información disponible. En la práctica médica se traduce en la libertad de decisión tras el consentimiento informado.

#### **Justicia:**

La acción médica debe ser practicada con equidad, sin diferencia entre pacientes. Teniendo en cuenta la limitación de recursos, éstos deben ser bien administrados y distribuidos equitativamente. La eficiencia es parte de este principio.

La complejidad de las decisiones médicas, que ha dado lugar precisamente al notable desarrollo de la bioética en las últimas décadas, deriva del hecho de que, en muchas ocasiones, estos principios se encuentran en conflicto para el médico, que se ve enfrentado a la disyuntiva de saber

que un determinado tratamiento es útil para el enfermo, pero que se ve limitado en el respeto que le debe a su autonomía y derecho a decidir sobre su salud por parte del paciente.

#### **Enfoque paternalista**

"No desesperes de poder sanar aún a los enfermos antiguos si te mantienes firme contra sus intemperancias, y les fuerzas a hacer y a soportar muchas cosas contra su voluntad" Séneca.

Desde la antigüedad hasta el siglo pasado primó un enfoque paternalista en que el médico no consideraba el consentimiento del paciente, no porque lo menospreciara sino porque consideraba que la enfermedad alteraba la psiquis de éste, impidiéndole actuar con equilibrio. En virtud de este paternalismo establecido en el juramento hipocrático, el paciente era considerado como un incompetente mental y así excluido de las decisiones médicas.

#### **Enfoque de autonomía**

"Todo ser humano en edad adulta y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que se debe hacer con su cuerpo. El cirujano que realice una operación sin el consentimiento del enfermo, comete una agresión por cuyos daños es responsable".

A partir de esta sentencia establecida por el juez norteamericano Benjamín Carduzo en 1914 se denota el surgimiento de una nueva relación médico paciente basada en la autonomía, dando así un vuelco al enfoque tradicional imperante.

#### **Enfoque mixto.**

A partir de las dificultades y problemas que lleva la aplicación práctica de los enfoques nombrados anteriormente en que se anula la voluntad del paciente o se limita gravemente la posibilidad del médico de determinar cuál es el tratamiento idóneo, es que se ha abierto una nueva perspectiva, estableciéndose la conformidad, tanto del médico como del paciente en las decisiones del primero, previo una información adecuada por parte de éste y una aceptación o rechazo de las mismas en forma autónoma y libre por parte del paciente.

## III.- Eutanasia

### 1.-) Etimología:

Es un término introducido por el filósofo Francis Bacon en 1623.

La palabra eutanasia viene del griego y se compone de las palabras: EU, prefijo que significa pasividad, suavidad o bondad y de TANATHOS sustantivo que significa muerte. De modo que en su sentido estricto significa MUERTE FÁCIL,

APETECIBLE SIN SUFRIMIENTO.

## 2.-) Tipos de eutanasia:

La eutanasia estrictamente como tal es la acción u omisión que causa la muerte de un enfermo terminal con el fin de acabar con cualquier dolor o sufrimiento del paciente. Ahora bien, algunos autores hacen una distinción en cuanto a la acción desarrollada con el fin de provocar la muerte del paciente. Distinguen así:

**Eutanasia activa:** Consiste en provocar activamente la muerte sin sufrimiento de un enfermo desahuciado.

**Eutanasia pasiva:** Es toda omisión que persiga terminar con la vida del paciente.

## 3.-) Encarnizamiento terapéutico:

La definición que a menudo se da como eutanasia pasiva, incluso la que aparece en el nuevo proyecto de ley, es confundida con lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico, entendiéndose por tal designar a todos aquellos tratamientos cuya única finalidad es prolongar la sobrevivencia, pero sin mejorar la calidad de ésta. Una práctica por lo demás aceptada por la ciencia médica y las doctrinas religiosas. Se tiende pues a confundir suspender o no administrar tratamientos que no persiguen restituir la salud, con eutanasia pasiva.

Como señala Fernando Chomali, "se configura encarnizamiento terapéutico cuando el objeto de la acción médica es la aplicación de medios no adecuados a la situación real del paciente y la intención de la acción es de prolongar la vida del enfermo, en la particular circunstancia de ser terminal y cuya muerte se aproxima de manera irreversible" (7).

Qué se entiende por medios proporcionados o desproporcionados es un asunto que también es objeto de discusión. El criterio de proporcionalidad establecido por algunos ha venido a aclarar dudas sobre este punto. Es desproporcionada aquella intervención que sólo prolonga la vida de un modo gravoso; es proporcionado aquel cuidado que se tiene a una persona para evitar el sufrimiento. Del mismo modo, se ha establecido distinciones como eutanasia directa e indirecta. La primera se refiere a acabar directamente con la vida del enfermo; en el segundo caso se trata de emplear medios que suavicen o atenúen el dolor u otros síntomas, aún cuando como efecto secundario se produzca un aceleramiento de la muerte. Sin embargo, una vez más vemos confusión en el tema ya que esto último se refiere a los cuidados paliativos que todo paciente terminal requiere y que no se establecen con el objeto de acabar con la vida del enfermo sino con cuidados básicos, elementales en una buena atención y que pueden llevar en forma secundaria a la muerte del paciente.

## IV.- Legislación y Marco Jurídico

### 1.-) Antecedentes

La legislación ha querido en toda su historia resguardar la vida de las personas como el bien más preciado. Durante gran parte de la historia y como consecuencia de la aplicación del principio de beneficencia, se ha protegido el bien "vida" como lo más preciado y, a su vez, dada las consideraciones sobre la enfermedad como ente alterador de la capacidad de razonamiento (psiquis), se estableció la prohibición absoluta de cualquier intento de permitir la eutanasia, aún por omisión.

Con el cambio de paradigma hacia la autonomía como fuente fundamental de los derechos humanos en general y del paciente en particular, se ha abierto la discusión sobre la conveniencia de permitir al paciente decidir sobre qué clase de vida considera adecuada para ella de acuerdo a sus propias convicciones, lo que por supuesto incluye la posibilidad de la muerte asistida.

### 2.-) Marco Jurídico

#### 2 a.- Marco Jurídico Internacional

##### i) Declaración Universal de los Derechos Humanos

Esta declaración, hecha en el marco de la ONU, en 1948, resguarda como principio fundamental el respeto a la dignidad humana, lo que se traduce en derechos que las naciones deben proteger y que inciden en la normativa médica en particular.

Surge a partir de esta norma el primer foco de conflicto de las legislaciones del mundo y de Chile en particular por cuanto el asistir a un paciente para su muerte para muchos contraviene esta norma, y debemos recordar que los tratados internacionales se integran a la legislación nacional y prevalecen sobre ella, para algunos incluso más allá de la propia constitución, la que por lo demás asume este principio en su primer artículo.

**Artículo 3.-** Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

#### 2 b.- Marco Jurídico Nacional

##### i) Constitución Política de La República

**Artículo 19.-** La Constitución asegura a todas las personas:

1º.- El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.

La ley protege la vida del que está por nacer.

La pena de muerte sólo podrá establecerse por delito contemplado en ley aprobada con quórum calificado. Se prohíbe la aplicación de todo apremio ilegítimo.

## ii) Código Penal

**Art. 393.-** El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte.

## iii) Proyecto de Ley Derecho de los Pacientes & 8 Derechos relativos a la libertad de decisión sobre la salud.

**Art. 14.-** Todo paciente tiene la libertad de decidir sobre las acciones que pueda o no emprender para la protección y recuperación de su salud. Este derecho incluye:

Todo acto médico debe efectuarse con consentimiento, expreso o tácito, del paciente. Esto se extiende también a todo acto de investigación biomédica que se efectúe con el paciente, el que no podrá en ningún caso poner en riesgo su vida o su salud. No se requerirá este consentimiento:

- a) Cuando la no intervención suponga un peligro inminente para la vida del paciente.
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o representante legal.
- c) Cuando la urgencia no permita demoras ante la inminencia de poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de muerte.

## 3. El derecho a rechazar el o los tratamientos que se le ofrezcan a su propio riesgo y cuenta. Con todo este derecho no puede en ningún caso llegar al extremo de comprometer la vida del propio paciente.

Las normas legales en los artículos seleccionados nos muestran cómo la legislación nacional conforma un todo armónico, ya que por un lado respeta la autonomía del paciente y por otro defiende el valor vida como el más importante, aun sobre los deseos de la persona. Desde la Constitución, como ley principal de la república, pasando por el Código Penal, se establece la protección al derecho a la vida, incluso la del que está por nacer, contra los deseos del paciente, arrancando de su dominio la propiedad absoluta sobre sí, con lo cual se establece el principio de beneficencia como principio fundamental en

cuanto a la protección a la vida.

En el caso específico de la eutanasia, el Código Penal incluye el delito de asistir al suicidio de una persona, lo cual, podría interpretarse, se cumple al ayudar a un paciente a morir. Por ende se considera que el auxilio a la eutanasia, no habiendo ley específica que la regule y distinga del auxilio del suicidio o la despenalice está actualmente penado por la ley. Los estados que han aceptado la decisión de un paciente en torno a acabar con sus vidas lo han hecho despenalizando el auxilio al suicidio para determinadas personas (los médicos) o bien resolviendo el problema mediante intrincadas soluciones procesales a través de las cuales no se persigue el delito cuando se cumplen determinadas condiciones, obviando así la contradicción que se presenta con la legislación universal en general. El proyecto de ley de derechos del paciente resguarda el principio de autonomía, dejando en manos de la propia persona la decisión sobre los tratamientos que la afecten, sin embargo, este mismo proyecto limita dicho principio, señalando que esta negativa a recibir tratamiento cuando se ponga en riesgo inminente la vida del paciente mismo no tiene validez. Se vuelve así a respetar el principio de beneficencia por sobre el de autonomía, siendo esto concordante con lo establecido en la legislación chilena en general.

Por último, el proyecto de ley recién presentado que pretende autorizar y regular la eutanasia en Chile no es concordante con lo establecido en general por la legislación nacional por lo que se proponer realizar, dentro del proyecto, numerosos cambios a las normas imperantes en la actualidad que la prohíben casi absolutamente. Cabe además notar la auténtica contradicción entre dos proyectos actualmente en discusión (derechos del paciente versus eutanasia).

## V.- Análisis del Proyecto de Ley sobre Eutanasia

El proyecto de ley presentado hace algunos días en el Congreso introduce la eutanasia al modificar el Código Sanitario. Se pretende permitir al paciente decidir sobre poner término a su vida, ya sea en forma activa o pasiva. Del análisis del proyecto surgen algunas ambigüedades e incongruencias que analizaremos.

En primer lugar, la muerte la tendrá que provocar el médico tratante o alguno de ellos en el caso que sean varios los tratantes. En ninguna parte habla del derecho del médico que no concuerde con la opinión del paciente o por sus creencias no desee participar en este proceso. El médico estaría entonces incurriendo en una falta o incluso un delito de no acatar una prestación a la cual por ley debe realizar o bien cometiendo negligencia médica ya que no estaría cumpliendo con la *lex artis*, de la cual, la eutanasia pasaría a formar parte.

Segundo, no se establece si se entiende por enfermedad terminal aquélla que tiene un final proyectado en un sentido

temporal o aquélla que tiene determinadas características que la hacen no tener un tratamiento curativo, ya que si se opta por un sentido u otro, distintas patologías quedarían integradas o fuera de la posibilidad de eutanasia, por lo tanto el criterio lo tendrá que aplicar el médico tratante, pero por sobre todo el comité de ética regional. Además, no queda claro qué se entiende con la frase "que haga prever que le queda muy poca expectativa de vida". En tercer lugar, la obligación del médico de informar sobre los tratamientos apropiados y el pronóstico de la enfermedad se pueden ver afectados por el estado físico y sobre todo mental del paciente que, aún cuando firme su autorización, puede arrepentirse como muchas veces ocurre y manifestar opiniones cambiantes y contradictorias, situación por lo demás común en la práctica clínica de profesionales dedicados a los cuidados paliativos y manejo del dolor. En cuarto lugar, se incurre en una contradicción cuando se señala que el consentimiento no tendrá valor cuando ante una atención de urgencia se ponga en peligro la vida del paciente o deriven de ello secuelas graves. La eutanasia per se es una acción u omisión que persigue la muerte directa del sujeto o dejar la evolución natural de la enfermedad que derivará irreversiblemente en la muerte del paciente, por lo tanto mal podría hablarse de aceptar el consentimiento para no evitar la muerte y al mismo tiempo no hacerlo valer cuando la vida se pone en riesgo. Quinto. Se plantea que la decisión ante un menor de edad que se encuentre en alguna circunstancia que pueda ser susceptible de solicitud de eutanasia quedará en manos de sus padres o familiares más cercanos, sin embargo, me parece muy discutible que los menores con discernimiento para otras circunstancias como en materia penal por ejemplo, dependan de la opinión de otras personas y no se contemple siquiera un examen de sus facultades y de su capacidad para oponerse a una decisión de sus padres. Por último, es cuestionable la presencia de dos abogados en el comité de ética que analiza los casos y la escasa presencia de médicos (sólo 2 obligatorios). Los abogados pueden asesorar sobre las implicancias legales pero me parece excesiva la presencia de dos de ellos, sin perjuicio de otros que puedan actuar asesorando a las partes. Por otro lado, se dejan de lado los comités locales de ética que muchas veces cuentan con mayores antecedentes de los casos dada su cercanía con los pacientes y médicos involucrados en el proceso, así como en las circunstancias anexas de la atención hospitalaria.

## VI.- Conclusiones

La eutanasia constituye una acción u omisión que persigue acelerar la muerte de un paciente cuando éste así lo estime conveniente.

En concordancia con el principio de autonomía que en el último tiempo ha adquirido preeminencia en materia

bioética, se ha discutido y aprobado en algunos países la eutanasia cuando se cumplen algunos requisitos. La discusión se mantendrá por mucho tiempo más, por cuanto ésta trasciende los meros aspectos médicos o legales y pasa al terreno de las convicciones más profundas que se relacionan con la religión y la biografía de cada cual. Creo, sin embargo, que en ciertas circunstancias es preferible aminorar el sufrimiento y dejar de lado el encarnizamiento terapéutico en que a menudo se cae sólo para soslayar la discusión y no tomar una decisión. Por lo demás, evitar el encarnizamiento terapéutico es medianamente aceptado por la comunidad en general y médica, en particular en el sentido de no recurrir a tratamientos largos e ineficientes. La discusión en materia legal esta recién comenzando. Es positivo que sean analizados por la sociedad temas de esta trascendencia, sin embargo, antes de establecer normas o pautas respecto de la eutanasia es imprescindible discutir y establecer pautas mínimas de tratamiento y definir qué clase de cuidados debemos instaurar para la atención de enfermos terminales que más que acabar con sus vidas quieren hacerlas más llevaderas y con menor dolor y sufrimiento. La cobertura en materia de cuidados paliativos, tema fundamental antes de analizar otros más amplios como la eutanasia, es, sin duda, insuficiente en nuestro país y solucionar dicha situación, por lo pronto, es más importante que legalizar alguna forma de terminar con la vida del paciente.

Quedan aún muchos aspectos por discutir y decidir en esta materia y sin duda seguirán surgiendo distintas apreciaciones en la medida que se avance en procesos tecnológicos y médicos que en el futuro llevarán a hacer otra pregunta más integral, tal como entender el sentido de la vida de la cual la muerte es sólo una parte.

### *Correspondencia*

Dr. Sergio Ramírez E.  
Medico Anestesiólogo, Universidad de Chile.  
Egresado de Derecho. Universidad la República.  
Lugar de trabajo: Hospital Militar  
Teléfono: 08-2467359  
E-mail: sere19702002@yahoo.es

## Referencias Bibliográficas

1. San Román Sarmiento, Tamara. "El dilema moral de la eutanasia". Colaboradora de la Liga Española Pro-Derechos humanos
2. Clave Arruabarruena Eduardo, Dr. En libro terminalidad de la vida. Capitulo "Sedación profunda Terminal".
3. Chomali, Fernando. Sacerdote. Profesor de Bioética P. Universidad Católica De Chile. "La eutanasia: terminología" www.catholic.net.
4. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
5. Trejo M Carlos. Rev. med. Chile v.128 n.12 Santiago dic. 2000
6. Cabal Pérez, Victor. Abogado Asesor Jurídico SCARE-FEPASDE. El consentimiento informado en la jurisprudencia de la. Corte Constitucional. En Médico Legal. Revista Médica Colombiana.
7. Boletín 4201-11 Congreso Nacional. Establece regulación legal de la eutanasia.

## Anexo 1

### Proyecto de Ley sobre Eutanasia

- Art. 1°. Agréguese en el Libro I del Código Sanitario, el siguiente título VI con sus párrafos y artículos (arts. 54 bis a 54bis N) respectivos. Título VI. De la Eutanasia
- Art. 54° bis.- Para los efectos de esta ley se entenderá como eutanasia la terminación de la vida que lleva a cabo un médico a petición del paciente, cumpliendo los requisitos y manifestando su consentimiento en los términos que se señala en los siguientes artículos.
- Párrafo 1°. De la eutanasia pasiva
- Art. 54° bis A.- De la eutanasia pasiva. Es derecho de todo paciente terminal otorgar o denegar su consentimiento a cualquier procedimiento médico que estime invasivo, complejo o innecesario cuando:
1. Se trate de un paciente en estado terminal, esto es, que padezca un precario estado de salud, debido a una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable, que haga prever que le queda muy poca expectativa de vida.
  2. Que los cuidados que se le puedan brindar al paciente sean innecesarios, en cuanto éstos solo persigan prolongar su agonía.
- Para ejercer este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar, previamente y en lenguaje comprensible para el paciente, información completa respecto de la enfermedad, sus implicancias y posibles tratamientos. Esto se hará en forma oral y también por escrito, en un acta que deberá firmar la persona o su representante legal.
- En caso de pacientes cuyo estado impida obtener su consentimiento, pero se presume que prontamente podrá prestarlo de forma libre y espontánea, se entenderá que acepta el tratamiento hasta que su voluntad pueda ser conocida.
- Art. 54° bis B.- No obstante lo señalado en el artículo anterior, la voluntad del paciente no tiene efecto alguno cuando:
1. La no aplicación de los procedimientos o intervenciones señaladas precedentemente suponen un riesgo para la salud pública, debiendo dejar el médico tratante expresa constancia de configurarse esta causal en la respectiva ficha clínica.
  2. Se trate de atenciones médicas de emergencia o urgencia, esto es, cuando la condición de salud o cuadro clínico del paciente implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable.
- Art. 54° bis C.- La voluntad del paciente podrá manifestarse verbalmente, pero de ésta deberá quedar siempre constancia por escrito. El consentimiento deberá prestarse a lo menos ante dos testigos, siendo uno de éstos el cónyuge, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente. En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario oficiará de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subroge. El consentimiento siempre podrá prestarse ante Notario Público. En caso de no existir el cónyuge, ascendientes o descendientes mayores de edad, o bien ante negativa de éstos, el consentimiento deberá prestarse a lo menos ante cinco testigos.
- Art. 54° bis D.- En caso de menores de edad la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 3° será adoptada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos. A falta de uno de los padres, la decisión será tomada por el que existiese. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.
- Art. 54° bis E.- En caso de los legalmente incapaces la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 54°bis B será adoptada por el representante legal.
- Art. 54° bis F.- En caso de muerte cerebral, entendiéndose por tal la definida en la ley 19.541, la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 54°bis B será adoptada por el cónyuge siguiendo, cuando corresponda el orden que establece el art. 983 del Código Civil, con la exclusión del Fisco.
- Art. 54° bis G.- El médico tratante deberá consultar siempre la opinión de una Comisión Ética de comprobación que se establece en el párrafo 3° de este título.
- Párrafo 2°. De la eutanasia activa
- Art. 54° bis H.- De la eutanasia activa. Todo paciente que sufra una enfermedad incurable o progresivamente letal que le cause un padecer insufrible en lo físico y que se le representa como imposible de soportar podrá solicitar por razones humanitarias, y de conformidad a las normas que esta ley establece, que la muerte le sea provocada deliberadamente por un médico cirujano.
- Para ejercer este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar, previamente y en lenguaje comprensible para el paciente, información completa respecto de la enfermedad, sus implicancias y posibles tratamientos. Esto se hará

en forma oral y también por escrito, en un acta que deberá firmar la persona o su representante legal.

- Art. 54° bis I.- La voluntad del paciente podrá manifestarse verbalmente pero de ésta deberá quedar siempre constancia por escrito. El consentimiento deberá prestarse a lo menos ante dos testigos, siendo uno de éstos el cónyuge, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente. En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario oficiará de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subroge. El consentimiento siempre podrá prestarse ante notario. En caso de no existir el cónyuge, ascendientes o descendientes mayores de edad, o bien ante negativa de éstos, el consentimiento deberá prestarse a lo menos ante cuatro testigos.

- Art. 54° bis J.- En caso de menores de edad la decisión será adoptada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos. A falta de uno de los padres, la decisión será tomada por el que existiese. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.

- Art. 54° bis K.- En caso de los legalmente incapaces será adoptada por el representante legal.

Párrafo 3°. De la Comisión Ética de comprobación.

- Art. 54° bis L.- En cada región del país existirá una Comisión Ética de comprobación cuya integración, subrogación, funcionamiento y atribuciones estarán especificadas en un reglamento que, para estos efectos, dictará la autoridad competente.

- Art. 54° bis LL.- La Comisión, de a lo menos cinco miembros, estará necesariamente integrada por:

- a) Un médico cirujano designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio Médico procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva.
- b) Un médico psiquiatra designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio Médico procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva.
- c) Un abogado designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio de Abogados, procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva
- d) Un profesor de derecho penal, con el grado de doctor, que ejerza la docencia en una Universidad afiliado al Consejo de Rectores.

- Art. 54° bis M.- Corresponderá a la Comisión Ética velar por el adecuado cumplimiento de los requisitos que hacen procedente la eutanasia y, verificados fehacientemente éstos, autorizarla.

- Art. 54° bis N.- La Comisión sesionará, a requerimiento de interesado, en un plazo no mayor a cinco días desde que se hubiese presentado ante ésta una solicitud de eutanasia que cumpla con todos los requisitos formales.

- Art. 54° bis Ñ.- Para sesionar, la Comisión requerirá la presencia de todos sus miembros o quienes subroguen a éstos y sus acuerdos se adoptarán por mayoría absoluta.

La Comisión Ética, dentro del plazo de cinco días hábiles, otorgará la correspondiente autorización cuando la solicitud cumpla con todos los requisitos. La aprobación o rechazo de la solicitud deberá siempre fundarse por escrito y no será susceptible de recurso alguno.

La solicitud rechazada no podrá interponerse nuevamente sino en el plazo de tres meses y siempre que contemple nuevos antecedentes.

Otorgada la autorización correspondiente está le será comunicada al Juzgado de Garantía y a la Fiscalía Local, correspondiente al lugar donde se practicará la eutanasia.

- Art. 2°. Sustituyese el art. 393 del Código Penal en el siguiente sentido:

- Art. 393. El que quite la vida a otra, según el deseo expreso y serio de la misma será castigado con pena de presidio mayor en su grado mínimo.

El que induzca a otro a suicidarse sufrirá la pena de presidio menor en su grado máximo.

El que con conocimiento de causa preste auxilio a otro para que se suicide será castigado con la pena de presidio menor en su grado medio.

Las penas previstas en este artículo sólo se impondrán si se efectúa la muerte del suicida.

El supuesto al que se refiere los incisos anteriores no será punible en el caso de que haya sido cometido por médico que haya cumplido con los requisitos de cuidados recogidos en el título VI del Código Sanitario y se lo haya comunicado a la comisión ética de comprobación.

## Informe de Ingreso

### Terminalidad de la Vida. Aspectos Médico-Legales de la Eutanasia

Dr. Sergio Ramírez E.

*El Dr. Sergio Ramírez Escobar, médico anesthesiólogo de la Universidad de Chile y egresado de Derecho de la Universidad La República, combina y sintetiza su profesión de origen con la ciencia del derecho, en un campo de extraordinaria relevancia como lo es la bioética. Síntesis de importancia pues el contexto global de la salud humana demanda con urgencia la resolución científica y al mismo tiempo jurídica de complejos problemas inherentes a la terminalidad de la vida.*

*El Dr. Ramírez recorre con sencillez y claridad las distintas concepciones históricas del valor de la vida, situando este antiguo debate en un concepto actual y heurístico como es la calidad de vida. Ya en él, el valor de la autonomía y de la dignidad, le permiten realizar útiles precisiones del derecho y la bioética desde la perspectiva de los principios (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), mostrando cómo estos principios muchas veces se encuentran en conflicto cuando se deben tomar decisiones médicas, éticas y legales al final de la vida y estableciendo un enfoque mixto (entre el paternalismo y la autonomía) como un ámbito posible de solución.*

*Realizadas estas aclaraciones, el Dr. Ramírez centra la discusión en la eutanasia, contrastándola bajo la misma línea argumentativa con el encarnizamiento terapéutico. Para ello despliega el marco jurídico mundial y nacional con el objetivo de realizar finalmente un profundo y agudo análisis del reciente proyecto de ley sobre eutanasia. Su mirada crítica e informada de la bioética y respaldada por su ejercicio profesional de la medicina, le permite exponer incongruencias y ambigüedades con autoridad y visión. Una de sus conclusiones centrales que comparto ampliamente es que "la discusión en materia legal está recién comenzando. Es positivo que sean analizados por la sociedad temas de esta trascendencia, sin embargo, antes de establecer normas o pautas respecto de la eutanasia es imprescindible discutir y establecer pautas mínimas de tratamiento y definir qué clase de cuidados debemos instaurar para la atención de enfermos terminales que más que acabar con sus vidas quieren hacerlas más llevaderas y con menor dolor y sufrimiento. La cobertura en materia de cuidados paliativos, tema fundamental antes de analizar temas más amplios como la eutanasia, es, sin duda insuficiente en nuestro país y solucionar dicha situación, por lo pronto es más importante que legalizar alguna forma de terminar con la vida del paciente". Quiero felicitar al Dr. Ramírez y darle la bienvenida a la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor. Sin duda su aporte es de extraordinario valor y es muy deseable que su opinión de experto se considere en esta discusión que recién comienza.*

**Ps. Eduardo Muñoz H.**