

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD
recaído en el proyecto de ley, en primer trámite
constitucional, que modifica el Código Sanitario
para regular la eutanasia y el que establece el
derecho a la muerte digna

**BOLETINES N^{os} 9.602-11 y 4.271-11,
refundidos**

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca de los proyectos de la referencia, iniciados en moción de los Honorables Senadores señores Fulvio Rossi Ciocca y Alfonso De Urresti Longton, el primero, y señores Guido Girardi Lavín y Alejandro Navarro Brain y ex Senadores señores José Antonio Gómez Urrutia, Carlos Ominami Pascual y Mariano Ruiz-Esquide Jara, el segundo.

El Senado, en sesión celebrada el 21 de abril del año en curso, aprobó la propuesta de refundir ambas iniciativas, formulada por la Comisión. Se hace presente que, dado el resultado de la votación en general, la fusión se practicaría en el segundo informe, en su caso.

Los proyectos no contienen normas que requieran un quórum especial de aprobación ni afectan a la organización o a las atribuciones de los tribunales de justicia.

Ellos fueron discutidos sólo en general, en virtud de lo dispuesto en el artículo 36 del Reglamento de la Corporación.

A las sesiones en que se estudió este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, las siguientes personas:

Del Ministerio de Salud: la señora Ministra, doctora Carmen Castillo Taucher; el Subsecretario de Salud Pública, doctor Jaime Burrows; el coordinador legislativo, doctor Enrique Accorsi; el Jefe de Gabinete, señor Claudio Castillo; el asesor legislativo, doctor Rafael Méndez Mella; la asesora de Prensa, señora Verónica Ahumada; los asesores legislativos de la Subsecretaría de Salud Pública, señoras

Carolina Mora y Andrea Martones y señores Felipe Vargas, Alex Figueroa y Alberto Larraín; de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la encargada de comunicaciones, señora Antonieta Caro y la encargada de seguimiento legislativo, señora Paulina Palazzo Rojas.

De la Superintendencia de Salud, el Superintendente, señor Sebastián Pavlovic.

De la Universidad de Chile: el Jefe de Bioética de la Escuela de Salud Pública, doctor Miguel Kottow, quien concurrió en representación del señor Rector de esa Casa de Estudios.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: el Directivo del Departamento de Ética, doctor Fernando Novoa Sotta.

El representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), doctor Antonio Orellana Tobar.

De la Biblioteca del Congreso Nacional: el analista, señor Eduardo Goldstein Braunfeld.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: la coordinadora, señora Camila Sanhueza.

La asesora del Instituto Igualdad, señora Nicole Reyes.

Los asesores del Honorable Senador Chahuán, señor Marcelo Sanhueza y señora Marcela Aranda.

Del Honorable Senador Girardi: el Jefe de Gabinete, señor Nicolás Fernández; la asesora legislativa, señora Josefina Correa.

El asesor legislativo de la Honorable Senadora Goic, señor Gerardo Bascuñán.

Del Honorable Senador Rossi: la periodista señora Laura Quintana.

El asesor legislativo De la Honorable Senadora Van Rysselberghe, señor Juan Paulo Morales.

- - - - -

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DE LOS PROYECTOS

Al tenor de las mociones, una de estas iniciativas de ley persigue establecer un estatuto jurídico de la eutanasia pasiva y activa y consagrar la institución del testamento vital, todo ello como derechos de los pacientes. El proyecto consta de dos artículos permanentes, que modifican el Código Sanitario y el Código Penal.

La otra propone instaurar la figura del curador encargado de cumplir la voluntad de quien ha manifestado en qué condiciones desea finalizar su vida, partiendo de la base de que la muerte digna es un derecho de las personas. La moción está compuesta por cinco artículos permanentes.

- - - - -

ANTECEDENTES DE DERECHO

Los proyectos en informe se vinculan con los siguientes cuerpos normativos:

- Artículo 19 N°1 de la Constitución Política de la República, que consagra el derecho a la vida.
- Artículos 392 y 393 del Código Penal, que sancionan el homicidio y la cooperación al suicidio, respectivamente.
- Artículos 2° bis y 9° y siguientes de la ley N° 19.451, sobre transplante y donación de órganos.
- Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.
- Libro I del Código Sanitario, “De la protección y la promoción de la salud”.
- Título XIX y siguientes del Libro I del Código Civil.

- - - - -

ANTECEDENTES DE HECHO

BOLETÍN N° 9.602-11

La moción consigna primeramente que, etimológicamente, la palabra eutanasia proviene de las dos palabras

griegas: eu que significa “bien”, y thánatos que significa “muerte”: Así, la eutanasia comprendería el “buen morir”; empero, en sentido más propio y estricto, “es la que otro procura a una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa, y la que tiende a truncar la agonía demasiado cruel o prolongada”. El vocablo fue utilizado por el inglés Francis Bacon, quien en su obra *Aumentis Scientiarum* señalaba “el oficio de médico no consiste únicamente en restablecer la salud, sino también en aliviar los dolores y sufrimientos que acompañan las enfermedades, y ello no tan sólo en cuanto alivio del dolor” ... “contribuye y conduce a la convalecencia, sino asimismo a fin de procurar al enfermo, cuando no haya más esperanza, una muerte dulce y apacible porque esta eutanasia no es una parte menor de la felicidad”.

La Real Academia de la Lengua, por su parte, la define en su primera acepción como “Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él”, luego, en su segundo significado, como “Muerte sin sufrimiento físico”. La acepción común en nuestra sociedad es la de muerte anticipada de una persona que sufre, causada generalmente por un médico; sin embargo, su denominación en otras latitudes sigue siendo un tabú, como en Alemania, a causa de las atrocidades cometidas en el período nacionalsocialista, por lo que en el citado país se prefiere emplear, en su reemplazo, la expresión “ayuda a morir”.

Continúa la moción señalando que la muerte ha sido un problema inherente al ser humano, desde que éste tenía escasos conocimientos acerca del sentido de la vida y de su origen, cuando lo único claro es su destino, que es la muerte. Esta certeza y la pregunta sobre cómo trascender han sustentado la razón de ser de todas y cada una de las cosmovisiones y religiones a través de la historia. Refiriéndose a esto, Erich Fromm afirmó que el ser humano tiene “la conciencia de su breve lapso de vida y del hecho de que nace sin que intervenga su voluntad, de que morirá antes que los que ama, o éstos antes que él, la conciencia de su soledad y su separatividad”. El mismo autor, desde una perspectiva materialista, caracterizó a las religiones de acuerdo a su estadio evolutivo, en un continuo desde la identificación con espíritus de la naturaleza, en su fase primaria, hasta la idea de que las deidades son antropomorfas, con características humanas; estas, en su mayoría, hacen la promesa de que la existencia del alma trasciende la traumática experiencia de la muerte, promesa que varía con las distintas religiones y cosmovisiones a través de la historia. El auge del pensamiento científico, el desencantamiento del mundo —según Max Weber—, devino en la secularización de la existencia, en el abandono por parte de muchos intelectuales y científicos de las primitivas supersticiones convertidas en dogmas de fe, que entonces comienzan a ser percibidas como la respuesta ante la incertidumbre de la vida y la muerte, como una profunda alienación que aleja al ser humano de una

conciencia de sí mismo, de la finitud de la existencia, de una muerte que ya no corresponde sólo a los dioses, ya sea Tánatos, Hades u otros, como los de las religiones cristianas. En este sentido, la ciencia develó en gran parte los mitos que daban fundamento a las distintas religiones, los que pasaron a ser explicables científicamente, como las tesis evolucionistas de Charles Darwin; todo ello a su vez repercutió en la visión acerca de la muerte. En la actualidad, la idea de un sufrimiento innecesario, la prolongación inútil de la vida, la denigración de la persona, hacen necesario que sea el individuo como sujeto de derecho en quien recaiga la facultad de decidir acerca de su destino, para lo cual el testamento vital es una forma digna de afrontar el paso hacia la muerte, sea cual sea la cosmovisión del individuo.

Aseguran los autores que, si bien la iniciativa de poner fin a la vida en el caso de enfermos terminales, para quienes la vida se ha vuelto una carga insoportable, ha sido principalmente impulsada por sectores agnósticos o ateos, ha encontrado apoyo por parte de congregaciones religiosas, como es el caso de la Iglesia Católica, "reflejándose en un documento redactado el año 1980, por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, órgano encargado de los aspectos doctrinales del Vaticano, el cual sentenció al respecto del derecho a la vida y la dignidad que: 1. A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad. 2. Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos. 3. Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad. 4. Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al

enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro”.

Los firmantes de la moción consignan que el tema no es pacífico y así se desprende de parte de la discusión en la doctrina penal, donde se señala que “por eutanasia se entiende la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia con sus propias convicciones”. Además, Roxin sostiene que se puede diferenciar entre eutanasia en sentido amplio y estricto. “La eutanasia en sentido estricto existe cuando la ayuda es suministrada después de que el suceso mortal haya comenzado, por lo que la muerte está próxima con o sin tal ayuda. En un sentido amplio puede hablarse también de eutanasia cuando alguien colabora a la muerte de una persona que, en realidad, podría vivir todavía por más tiempo, pero que quiere poner fin –real o presuntamente- a una vida que le resulta insoportable por causa de una enfermedad”. De esta manera la dogmática jurídica penal ha distinguido tradicionalmente entre eutanasia pasiva y activa.

Así, asegura la moción, que la eutanasia pasiva se presenta cuando una persona –normalmente el médico o sus ayudantes, aunque también algún pariente- que se encuentra al cuidado de otra, omite alargar una vida que está tocando a su fin; se renuncia a una operación o a un tratamiento intensivo que habría posibilitado al paciente una vida algo más larga. Para los efectos jurídico y eventualmente legislativo de esta hipótesis deben diferenciarse tres posibilidades:

1) la primera es omitir medidas que alargan la vida, de acuerdo con el deseo del paciente, supuesto en que la situación jurídica es, en principio, clara. El hecho queda impune, pues resulta inadmisibles tratar a un paciente en contra de su voluntad. Por tanto, si alguien afectado por un proceso canceroso rehúsa una operación que le alargaría la vida, la intervención no debe llevarse a efecto.

2) la segunda posibilidad es omitir medidas que alargan la vida en contra de la voluntad del paciente, caso en que se configura un homicidio por omisión, puesto que la inactividad ha conducido al paciente a la muerte o a una muerte temprana y quien incurre en la omisión ocupa una posición de garante, como por lo general es el caso de los médicos o los parientes, y en el caso en que no exista alguien en posición de garante, siempre está en juego la punibilidad por omisión del deber de socorro. De este modo, por ejemplo, el paciente debe ser llevado a la unidad de cuidados intensivos cuando así lo desee, siempre que con ello pueda alargarse la vida, aunque en la

práctica no le cause mejoría de ningún tipo. No puede resultar decisivo que el médico lo encuentre o no razonable. En cambio, puede hacer caso omiso de los deseos cuyo cumplimiento no contribuya a una prolongación de la vida y también cuando no pueda mejorarse la evolución del paciente –por ejemplo, mediante una atenuación del dolor-. No puede exigirse al médico una actividad profesional carente de sentido, que más bien le apartaría de sus verdaderas funciones.

3) El tercer y último caso es aquel en que el paciente se encuentra ya en una situación en la que no puede expresarse. Esta hipótesis, en que el paciente es incapaz para adoptar una decisión, constituye la zona más difícil y discutida en el marco de la eutanasia pasiva. Desde luego que el problema no reside en el ámbito de la eutanasia en sentido estricto, donde el proceso mortal ya se ha iniciado y el fallecimiento se encuentra próximo. Aquí, cuando el paciente se halla en una situación prolongada de incapacidad, el Tribunal Supremo Federal alemán permite la renuncia a medidas que prolonguen la vida, como la respiración asistida, transfusiones de sangre o alimentación artificial. Además, esta solución está en concordancia con el caso en que se interrumpe el tratamiento en contra de la voluntad previa del paciente, durante el acaecimiento mismo de la muerte.

Los autores de la moción informan que las modernas tendencias en materia de deontología médica, sitúan el derecho de autodeterminación del paciente en primer plano y coinciden en que pertenece al deber del facultativo de ayudar a morir dignamente, la posibilidad de realizar conductas u omisiones correspondientes a la eutanasia indirecta y a la eutanasia pasiva.

El criterio predominante expresado en los sistemas legales de la mayoría de los países es mantener la ilicitud penal de la eutanasia activa. En este aspecto, algunos autores plantean que el legislador se pliega de esta manera a una determinada concepción del mundo -defendida a ultranza por la Iglesia Católica- que considera la vida como un don sobrenatural, ajeno a las decisiones del hombre, el cual carece de autoridad para tergiversar el designio divino. El suicidio es pecado porque con ese acto el hombre vulnera la santidad de la vida, destruyendo un patrimonio exclusivo del creador.

En cuanto al testamento vital, se encuentra regulado en diversas comunidades. Así la Ley 21/2000 de Cataluña, lo caracteriza como “el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad”. Elaborar este documento tiene como principal requisito contar con la mayoría de edad y estar en plenas

facultades mentales. En Chile se ha argumentado que “la vida es indisponible de manera que los actos jurídicos, a veces llamados testamentos vitales o biológicos, no tienen valor vinculante en lo que refiere a constituir una causal de legitimización para que se cause a la persona la muerte, sea por acción u omisión”.

Finaliza la exposición de motivos consignando que la propuesta legislativa pretende recoger las concepciones en desarrollo sobre la eutanasia en el derecho comparado, estableciendo definiciones claras sobre la materia, en sus variantes activa y pasiva, la regulación de los requisitos de procedencia, así como la posibilidad de las personas plenamente capaces de otorgar un testamento vital. Desde otra perspectiva deja claramente establecida la justificación de la conducta desde el punto de vista del derecho punitivo, cuando se cumplen los requisitos, y establece una precisa regulación para los médicos, desde el punto de vista ético. Dos son los grupos de casos que debemos abordar separadamente: aquellos en que la decisión médica se basa en la constatación de la inexistencia de un tratamiento terapéutico adecuado para salvar la vida del paciente, o bien en la negativa a recibir tratamiento, salvo las excepciones legales, y aquellos donde lo principal es la voluntad de aquél de poner término a su vida, aunque existan posibilidades de sobrevida.

BOLETÍN N° 4.271-11

Destaca esta moción que Chile no cuenta con regulación sobre los derechos que corresponden a toda persona frente a la proximidad de la muerte.

En efecto, consignan sus autores que la dignidad es un atributo del que goza todo ser humano mientras viva y se extiende por tanto a las condiciones y circunstancias del momento de cesación de la vida. Así, toda persona tiene derecho a que el fin de sus días y su muerte misma se den en condiciones de dignidad, lo que incluye al menos que ello se produzca como consecuencia y obra de la naturaleza. En tal contexto, la ciencia y la tecnología médica, están al servicio de una vida y muerte dignas y sus medios no deben ser utilizados para prolongar artificial e innecesariamente la existencia.

Agregan los firmantes de la moción que la voluntad del paciente de querer concluir su vida en condiciones normales y naturales debe ser un derecho que esté por sobre la voluntad de terceros de pretender prolongarla artificialmente, particularmente si ello redundaría en sufrimientos innecesarios, en un estado degradante de su condición humana o en la simple prolongación de la agonía. Para ello, se propone la instauración de la figura del "curador", que conforme a la ley es el cargo que se impone a cierta persona a favor de aquellos que no

pueden dirigirse a sí mismos o administrar competentemente sus bienes y que se extiende no sólo a los bienes sino también a la persona de los individuos sometidos a ella; está regulada en los artículos 338 y siguientes del Código Civil.

Por esas consideraciones, enfatizan los autores, se estima de la más alta importancia legislar sobre la dignidad de las circunstancias en que pueden cesar los días de una persona, permitiendo para tal efecto la posibilidad de que cada cual decida y opte por el respeto de las condiciones que la dignidad humana y la naturaleza imponen.

- - - - -

DISCUSIÓN Y VOTACIÓN EN GENERAL

Al iniciarse la discusión de las mociones refundidas, intervino **el académico de la Universidad de Chile, doctor Miguel Kottow**, quien destacó la relevancia del tema en debate y su esperanza de que se traduzca en una legislación.

En segundo término, informó que la Universidad de Chile ha formado un grupo de trabajo con la finalidad de analizar lo concerniente a la eutanasia y establecer una postura al respecto. Comprometió la entrega del informe que emane de esa instancia, una vez que concluya su labor.

Entrando en el detalle del tema en discusión, advirtió sobre la necesidad de clarificar ciertos conceptos usados al tratar este asunto. Así, expresó que, en su opinión, la expresión correcta a utilizar sería la de “eutanasia médica”, toda vez que las demás categorías, tales como directa, indirecta, pasiva o activa, no satisfacen la totalidad de las condiciones que se requieren al tratar este asunto. Explicó que el término “médica” no está referida al hecho de que sean los médicos quienes la ejecuten, sino porque se da en un contexto médico.

Respecto de las personas que podrían acceder a ella, sostuvo que no necesariamente debe tratarse de pacientes que estén recibiendo algún tratamiento, sino que en esa categoría podría también incluirse a discapacitados, como aquellos que sufren de tetraplejia. De tal modo, la ley debería contemplar situaciones de discapacidad corporal que no necesariamente son progresivas, pero que son irreversibles.

En esa línea, recomendó eliminar de la discusión la expresión “terminal”, que no debe ocuparse al referirse a ciertos pacientes graves, en virtud de que no tiene asidero científico.

Expresó que quienes podrían requerir la eutanasia son aquellos que sufren de enfermedades, afecciones o discapacidades corporales que inhabilitan a la persona que desea morir a hacerlo por sus propios medios, requiriendo el auxilio de otra. De esa forma, se puede distinguir entre suicidio, suicidio médicamente asistido y eutanasia.

Agregó que también se trata de personas para las cuales no ha habido alivio posible, pues la medicina paliativa posee límites, tanto de carácter intrínseco como extrínseco. En efecto, en cuanto a los primeros, mencionó que será imposible atenuar, por ejemplo, una tetraplejia o la angustia de estar conectado a un respirador artificial. En tanto, las limitaciones del segundo tipo se relacionan con la accesibilidad a medicamentos paliativos del dolor, al igual que su costo y calidad.

Entonces, se trata de personas que no han podido acceder a medicina paliativa o aquellas que, haciéndolo, no ha sido efectiva para solucionar su afección. Igualmente, hay que considerar a aquellos que han decidido que los costos personales de una terapia de ese tipo exceden lo que ellos están dispuestos a afrontar.

En resumen, para acceder a la eutanasia las condiciones previas son que la persona sufra una afección que imposibilite corporalmente a la persona para terminar con su vida si quisiese; que esté en una situación de sufrimientos intolerables y que esté descartada la posibilidad de terminar con ellos, y que la persona haya expresado de forma clara e inequívoca el deseo de terminar con su vida. De consiguiente, sólo cuando se da cumplimiento a esas condiciones, parecería razonable que la ley autorice que alguien ejecute un procedimiento eutanásico.

Hizo presente que el suicidio no está penalizado en la legislación, aunque la asistencia que se le otorga a esa práctica sí lo está. El suicidio médicamente asistido, utilizado básicamente en algunos estados de Estados Unidos, le pareció un concepto no apropiado y que complica la discusión, toda vez que mezcla el término "suicidio" con la activa ayuda a morir, en que a diferencia del suicidio puro y simple quien decide y ejecuta el acto no es la misma persona.

Una vez establecido el marco que guía su intervención, manifestó su intención de que la discusión avance hacia la dictación de una normativa que se haga cargo de este asunto.

Informó que otro grupo de trabajo que se ha conformado es aquel dedicado a analizar la preceptiva contenida en la ley N° 20.584¹, en lo que dice relación con las disposiciones que puedan incidir en el presente proyecto de ley.

Luego, propuso mirar el tema en debate desde la perspectiva de abreviar la vida y no de acelerar la muerte, términos que le parecen más adecuados. En ese sentido, explicó que la eutanasia médica correspondería a un procedimiento de abreviación de la vida a solicitud expresa del afectado, mediante una intervención médica activa. Ello, en su opinión, no implica necesariamente la presencia de un médico para su realización.

Se refirió también a la objeción de conciencia que podría ser invocada por algunos profesionales médicos, respecto de la cual señaló no tener mayores inconvenientes, dado que si hay un derecho a ejercer un cierto procedimiento ello podrá hacerse y si alguien aduce objeción de conciencia debería respetarse, siempre que se derive al requirente a una instancia que cumpla con el derecho solicitado. Por lo demás, dicha objeción tiene un carácter personal y, en ningún caso, podría ser de naturaleza institucional.

A mayor abundamiento, indicó que encuestas llevadas a cabo en distintos países han concluido que hay un número importante de médicos –cerca del 50% del total- dispuesto a ejercer la eutanasia, de aprobarse legalmente su procedencia. De esta manera, no habría un bloqueo de los facultativos a esta práctica médica.

Seguidamente, postuló que uno de los problemas que ha detectado en la iniciativa de ley propuesta tiene que ver con la comisión que deberá extender la autorización para que se realice el procedimiento. En cambio, naciones como Holanda y Bélgica han contemplado la actuación posterior de una instancia que verifica el cumplimiento de los requisitos legales requeridos para que se llevara a cabo el procedimiento eutanásico. En efecto, resaltó que todo el procedimiento que confluya en la eutanasia debe cumplir con una serie de requerimientos previamente establecidos –control previo- y, además, ser registrado, para que pueda ser examinado con posterioridad. Si no se cumple con todas las condiciones dispuestas, el acto podría ser penalizado.

Finalmente, sugirió eliminar del debate sobre esta materia el término homicidio, ya que, en su entender, dicha

¹ Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

conducta está asociada con el hecho de matar a otro en contra de su voluntad, cuestión que no cabe en el tratamiento de la eutanasia.

Al concluir la intervención del doctor Kottow, **la señora Ministra de Salud, doctora Cecilia Castillo**, comprometió el análisis de la iniciativa de ley por parte de la repartición a su cargo, con el objetivo de formular una postura en caso de que se requiera.

Acto seguido, **el Honorable Senador señor Chahuán** sugirió la participación en la discusión del proyecto de un amplio número de especialistas en la materia, en el entendido de que es beneficioso que temas como la eutanasia sean debatidos, con independencia de la postura que cada uno pueda sostener al respecto.

Recordó además que el tratamiento legal de la eutanasia no formaba parte del programa de gobierno de la actual Administración, pese a lo cual señaló no tener reparo a que se proponga al debate.

Por su parte, **el Honorable Senador señor Rossi**, junto con celebrar la disposición mostrada por el Senador Chahuán, sostuvo que, si bien en una sociedad no se puede imponer un pensamiento determinado, sí es sano debatir temas de interés público y que tienen relación con la dignidad humana.

Manifestó su convencimiento sobre la necesidad de abordar esta materia, toda vez que en la vida de un ser humano se presentan pocas cosas tan individualísimas e indelegables como la decisión referida a cuando morir. No obstante ello, reconoció la dificultad de introducir su discusión en el Parlamento, pese a que la decisión de abreviar la vida, en ejercicio de la libertad y autonomía de un ser humano, no afecta a terceros.

Por lo anterior, aseveró que los argumentos que sustentan que debe protegerse la vida desde el momento de la concepción hasta el fallecimiento natural de la persona se basan en un componente más bien religioso, pues con el avance de la tecnología y de los tratamientos médicos, la muerte en la actualidad está lejos de ser puramente natural.

De consiguiente, expresó que la consagración legal de la eutanasia está relacionada con el reforzamiento de la libertad del ser humano, como una proyección de su dignidad y, por lo tanto, se funda en devolver a cada persona la posibilidad de adoptar decisiones ante situaciones extremas en el ámbito de su salud. De hecho, algunos autores aducen que la enfermedad es un proceso degradante por el cual la persona pierde autonomía y en el que la decisión del momento en que

morirá aparece como el último espacio en que aquella puede ser ejercida.

A la luz de esos argumentos, opinó que es imperioso terminar con la práctica actual de la medicina, que impone como una exigencia la prolongación de la vida a cualquier costo, en lugar de optar por un acompañamiento adecuado al paciente y por el respeto a sus decisiones. Agregó Su Señoría que el procedimiento eutanásico no sólo cabría respecto de enfermos calificados como “terminales”, sino también de aquellos que sufren alguna afección grave de carácter incurable.

En otro aspecto, aseguró que, tal como se señala en la moción, es preferible la existencia de una comisión que evalúe de forma previa el cumplimiento de las condiciones para la realización de un procedimiento eutanásico ya que, de lo contrario, sería posible que una persona se sometiera a la eutanasia sin cumplir sus requerimientos, situación que no podría ser revertida, independientemente de las sanciones que pudieran imponerse.

Consultó al doctor Kottow su postura frente a la posibilidad de practicar la eutanasia en menores, cuestión que ha sido objeto de debate en legislaciones europeas, y sobre la consideración del padecimiento psíquico, no sólo corporal, de la persona que decide abreviar su vida.

El Honorable Senador señor Girardi coincidió con la relevancia de que se legisle sobre la eutanasia, en orden a dotar tanto a la vida como a la muerte de dignidad. Sostuvo que esta discusión es de difícil tratamiento, especialmente en aquellas sociedades pertenecientes a la cultura occidental, lo que no obsta que se pueda debatir haciendo valer las diferentes posiciones que hay al respecto.

Por ello, manifestó su rebeldía ante posturas que, en base a una supuesta supremacía moral, pretenden imponer verdades que se hacen extensivas al conjunto de la sociedad, especialmente por cuanto este asunto está íntimamente ligado a cuestiones relacionadas con la dignidad, intimidad, libertad y autonomía de la cada persona. Bajo esa misma óptica, situó las discusiones que se han dado en otros ámbitos, como aquella que dio origen a la legislación que permitió el divorcio en el país o las que discurren sobre matrimonio igualitario o aborto.

Hizo notar su esperanza de que el Ejecutivo no sea rehén de esas visiones integristas, sino que, por el contrario, se permita que las personas puedan hacer uso de su autonomía, es decir,

se respete la decisión tanto de aquel que opta por un proceso de muerte digna, como la de quien decide continuar con su vida.

En resumen, lo que debe definirse es si el ser humano está capacitado para resolver, en circunstancias en que el buen vivir se ve truncado, el adelanto de su muerte, evento que ocurrirá de todas maneras.

Añadió que un debate de este tipo permite el crecimiento de la dimensión humana y abre un cauce a la exploración emocional, afectiva y espiritual de las personas, pudiendo identificarse distintas visiones sobre la muerte que, no obstante parecer legítimas, en su concepción no deben imponerse a toda la sociedad.

Finalmente, compartió la propuesta de hacer una discusión amplia sobre esta materia, invitando a diversos especialistas que posibiliten enriquecerla.

Dando respuesta a algunas inquietudes hechas valer por los parlamentarios, **el doctor Kottow** sostuvo que entre los derechos personalísimos, es decir, aquellos de carácter indelegable, está el derecho a decidir cuándo y cómo morir. No obstante, la intervención de un tercero es lo que justifica la necesidad de legislar sobre el tema.

En cuanto al testamento vital, que también aborda el proyecto, acotó que, dada la complejidad de su establecimiento y regulación, sería recomendable no tratarlo como un asunto prioritario en la regulación, pues lo más relevante es resolver la situación de las personas que expresan de forma clara, informada y repetida que no desean seguir viviendo. Por lo demás, la capacidad médica para señalar el curso exacto que seguirá una enfermedad es muy limitada. En consecuencia, si bien es un buen instrumento para anticipar si se querrá o no recibir ciertos tratamientos ante una futura afección, cree que no corresponde que se trate en este momento legislativo.

Respecto de la aplicación de eutanasia en menores de edad, explicó que en la mayoría de las legislaciones comparadas esta cuestión fue afrontada mucho después de la legalización de la eutanasia. Argumentó que se trata de una materia de tal complejidad que no debiera tener un tratamiento en la iniciativa actualmente en debate.

Recalcó que es imprescindible que la afección que aqueje a la persona que solicita la eutanasia sea de carácter corporal, puesto que en psiquiatría se señala por algunos que el suicidio sólo se da como consecuencia de una enfermedad depresiva y, por tanto, no es posible tomar en serio su decisión, debiendo evitarse ese

tipo de conductas. Eso, en su parecer, es un atentado contra la autonomía personal. Entonces, no se puede establecer que estados psíquicos invalidan la capacidad racional de efectuar una decisión al respecto.

Al concluir, hizo mención a que la literatura no ha podido definir con certeza qué se entiende por dignidad. Se supone primariamente que el ser humano es digno, aunque ese término es usado por quienes son contrarios a la eutanasia y por quienes están a favor, para sustentar sus posiciones. Estimó inconveniente su utilización como fundamento de la postura que se adopte.

Con posterioridad, expuso **el Directivo del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Fernando Novoa**, quien comenzó su alocución señalando la pertinencia de la presentación de una moción como la sometida a debate, a fin de hacer frente a la multiplicidad de situaciones que pueden presentarse en el proceso de la muerte. Así, la eutanasia se transforma en un asunto que debe ser discutido y legislado.

Afirmó que el proceso que desemboca en la muerte de una persona es un tema generalmente ignorado por la población, situación que, a su juicio, debiese revertirse, ya que incidirá en la forma en que probablemente se materializará dicho desenlace. En efecto, sostuvo que en muchas ocasiones los enfermos fallecen en camas de hospital, lejos de su familia y rodeados de un personal sanitario desconocido.

En el pasado, continuó, la muerte ocurría generalmente de manera rápida y afectaba a personas jóvenes que sufrían traumatismos o infecciones. Por el contrario, en la actualidad la muerte es fruto de un largo proceso, que afecta mayoritariamente a personas de avanzada edad que han sido objeto de variadas intervenciones que han prolongado su vida.

Entonces, la muerte se ha transformado en un asunto de relevancia y complejidad que debe ser abordado y debatido por la sociedad. De hecho, aspectos relacionados con el diagnóstico de muerte generan gran controversia, especialmente por el rápido avance de la ciencia médica.

Advirtió que antes de entrar a la consideración de la eutanasia, es preciso que la persona haya sido sometida a cuidados paliativos del dolor, el acceso a los cuales debe estar asegurado universalmente. En tal sentido, señaló que un punto ausente en el proyecto en discusión es un examen más acabado sobre la labor médica, ya que raramente ocurre que el facultativo informe al paciente

que la enfermedad que padece puede conducirlo a la muerte, lo que permitiría planificar de manera adecuada ese proceso y no someter a la familia o al equipo médico a adoptar variadas y complejas decisiones una vez que se ha producido el fallecimiento. Ello permitiría, además, que el paciente pueda discernir y decidir sobre la extensión o no de los cuidados y acerca del tipo de tratamiento al que será sometido. Incluso, se entiende por algunos que la muerte es aquella que ocurre de acuerdo a los deseos de la persona.

Al entrar al detalle de la moción respectiva, consignó que es deseable conocer la realidad actual en lo referente al porcentaje de personas que fallecen en sus casas, cuántas lo hacen en los centros de salud y qué número de ellas han tenido la posibilidad de expresar sus intenciones sobre la forma en que deseaban morir.

Otra cuestión que no debe confundirse con la eutanasia, indicó, es la conducta que han adoptado algunos profesionales de la salud, especialmente tratando enfermos en situaciones de epidemia, han rechazado para ellos los tratamientos médicos, con tal de que sean utilizados en pacientes que presentan estados de mayor gravedad. Ello de cuenta de una actitud de carácter profundamente humanitario.

Ante la gran cantidad de terminología que se usa en la literatura científica sobre la materia abordada por la moción, explicó que para que se configure la eutanasia es preciso que se reúnan tres condiciones copulativas: que se esté en presencia de un paciente incurable con un alto grado de sufrimiento; que dicho enfermo declare persistentemente el deseo de abreviar su vida, y que se ejecute una acción médica que provoque el fallecimiento. Asimismo, corresponde que en forma previa a la decisión el paciente haya recibido todos los tratamientos paliativos que permitan aliviar su dolor. En base a ese conjunto de condiciones, prefirió no agregar otras categorías al concepto de eutanasia, como por ejemplo, aquella que distingue entre activa y pasiva.

Seguidamente, hizo comentarios sobre el articulado propuesto en la moción.

En primer término, expresó que es contradictorio lo señalado en el encabezamiento del artículo 54° bis B de la iniciativa y el literal b) del mismo, toda vez que en la hipótesis planteada en este literal el paciente no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad, de tal modo que pierde sentido la frase “la voluntad del paciente no tiene efecto alguno cuando”. Por lo demás, la *lex artis* ya ha resuelto la situación de quienes requieren un tratamiento para

preservar su vida y no han expresado previamente su voluntad de no someterse a él.

Del mismo modo, al referirse a la disposición contemplada en el artículo 54° bis E, acotó que en caso de muerte cerebral constatada en una persona, no sería posible decidir sobre los tratamientos a que podría ser sometida, toda vez que ya se está en presencia de un cadáver, no de una persona. Lo que sí correspondería es acompañar apropiadamente a la familia para ir retirando paulatinamente los tratamientos aplicados.

Sobre el testamento vital dispuesto en el artículo 54° ter B, estimó excesivo exigir la presencia de cinco testigos para la validez del acto.

También hizo mención a la norma prevista en el artículo 54° ter C, que trata el caso de los menores de edad, y señaló que, en su opinión, si bien la eutanasia es una medida que debiese ser legalizada, tiene dudas respecto de su aplicación en menores, dado el carácter personalísimo de la decisión. Además, la medicina hoy cuenta con medicamentos que pueden evitar el dolor de forma total, medio que podría emplearse en estos casos.

Al concluir la intervención, **el Honorable Senador señor Rossi** compartió la necesidad de priorizar los cuidados paliativos a los pacientes y sólo cuando ellos no hayan resuelto el sufrimiento que aqueja al enfermo cabría la posibilidad de efectuar un procedimiento eutanásico.

De igual forma, consideró relevante atender al modo y forma en que se informa al paciente sobre la patología que padece, el pronóstico esperado y las alternativas terapéuticas a que puede ser sometido, ya que todo ello incidirá en el consentimiento informado que debe prestar al inicio de su tratamiento y, eventualmente, ante el inicio de un proceso que podría conducir a su muerte. De hecho, mencionó que, en la práctica, hay oportunidades en que esa información se entrega a la familia o acompañantes del enfermo antes que a él.

Coincidió en la importancia de que se cuente con datos sobre los lugares y condiciones en que se produce mayormente el fallecimiento de las personas.

Consultó igualmente al doctor Novoa su opinión sobre la Comisión Ética de Comprobación que propone la iniciativa de ley en el Párrafo 3°.

Finalmente, manifestó haber variado su opinión sobre la norma que permite la eutanasia en menores y, en ese sentido, adelantó que no se opondrá a su eliminación en etapas posteriores del trámite legislativo. Lo anterior, en orden a evitar que la complejidad de esa discusión distraiga del objetivo central del proyecto sometido al estudio de la Comisión.

A su turno, **el Honorable Senador señor Girardi** adujo que la muerte es parte de un proceso individual y personal, por lo que su reglamentación es dificultosa. Sin embargo, la ley sí puede establecer que se permita en ciertas circunstancias específicas la autodeterminación de las personas respecto del buen morir.

En esa línea, si bien reconoció la legitimidad de las diversas posturas que se pueden plantear frente a este tema, subrayó que no se puede pretender que una de ellas se imponga a toda la sociedad. Es decir, se debe evitar que alguien decida por otro en cuestiones tan personalísimas como la abreviación de la vida.

Por su parte, **la Honorable Senadora señora Van Rysselberghe**, junto con manifestarse en contra del proyecto de ley en debate, observó que la discusión que se ha planteado en torno a este asunto no es de tipo religioso, sino que está dirigida a dirimir la colisión entre dos derechos, la vida y la libertad y, en ese entendido, afirmó que el primero de ellos, en su opinión, no se puede relativizar.

Hizo presente que hay una deuda del Estado en relación con el buen morir de las personas, ya que la dignidad del ser humano no sólo está ligada a su vida, sino también al proceso del fallecimiento. No obstante ello, la muerte asistida, ya sea de forma activa o suprimiendo los soportes vitales del paciente, constituyen un acto de crueldad enorme.

Haciéndose cargo de algunas de las inquietudes planteadas, **el doctor Novoa** postuló que hoy en día los pacientes poseen ciertos grados de autonomía que requieren de una apropiada información para ser ejercida, tarea que debiese ser exigida a los facultativos.

Uno de los problemas para que se otorgue esa información, complementó, deriva de que los médicos no se sienten cómodos al tratar el tema de la muerte. Así, en el pasado la última fase era generalmente asistida por un religioso o los familiares cercanos y no por un profesional de la medicina. Por el contrario, en la actualidad el médico sí está presente en ese trance final, e incluso con posterioridad, en los casos en que es posible la donación de órganos.

Si bien hay opiniones diversas, relató que, en su parecer, el cuerpo pertenece a la persona y cada uno tiene derecho a tomar decisiones sobre él, teniendo presente que la vida es un bien básico, pero también relativo, pues dependerá de la forma y circunstancias en que sea llevada. Entonces, dentro de ciertos rangos, sería recomendable privilegiar las decisiones que, de forma autónoma, adopten los seres humanos.

En sesión posterior, el señor Presidente puso en votación los proyectos de ley en discusión, ocasión en que cada miembro fundamentó su posición frente a las iniciativas en debate.

El Honorable Senador señor Girardi puntualizó que la discusión de fondo que se ha dado en torno a los proyectos de ley en votación tiene que ver con el reconocimiento del derecho soberano de los seres humanos sobre su propia vida, frente a lo cual, no obstante la legitimidad de las posiciones que puedan hacerse valer al respecto, no se puede imponer visiones absolutas ni permitir que un alguien adopte decisiones sobre la vida de otra persona.

De conformidad con lo expuesto, estima fundamental que ante la ocurrencia de ciertas circunstancias dramáticas, que impidan a una persona tener una vida digna o su realización plena y que le signifiquen soportar situaciones de extremo sufrimiento, se permita que cada uno al menos tenga el derecho a una muerte digna – cuestión ya legislada en la ley N° 20.584- y la posibilidad de solicitar asistencia para abreviar su vida.

Advirtió que los proyectos en debate no imponen la realización de una determinada conducta, sino que sólo admiten la posibilidad de que una persona, en uso de su libertad y conciencia, pueda decidir soberanamente sobre la continuidad de su vida sin que alguien se lo impida, apelando a creencias, valores o supuestas fuerzas externas. Ello, en su opinión, constituye uno de los elementos más complejos de la autonomía y del respeto al derecho a decidir, ya sea por la persistencia o por el acortamiento de la vida, ante el acaecimiento de situaciones críticas de salud.

En base a las concepciones antes expresadas, anunció su voto a favor de las iniciativas.

Acto, seguido, **el Honorable Senador señor Chahuán** manifestó su postura contraria a los proyectos de ley en votación, que es consecuencia del respeto absoluto a la dignidad de la vida humana, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, ya que ese respeto es el que posibilita la aplicación del principio de igualdad entre las personas.

En ese sentido, los proyectos de ley sobre eutanasia, tanto en su calificación de activa como de pasiva, atentan contra el valor de la vida, que se encuentra amparado por el ordenamiento jurídico y por el acuerdo de voluntades que nos permite la conformación de una sociedad. Del mismo modo, estas iniciativas, de aprobarse, constituirían un retroceso en la conquista de derechos que el tiempo ha permitido consagrar como ajustados a ese valor fundamental.

Por otra parte, Su Señoría consignó que el concepto de muerte digna ya fue legislado apropiadamente en la ley N° 20.584, que reconoce que una persona puede optar libremente por no ser sometida a procedimientos que prolonguen su vida de forma artificial, sin perjuicio de que se le garanticen todos los suministros pertinentes para su sustento vital. De consiguiente, el intento de promover nuevas mociones al respecto es innecesario, salvo que se pretenda avanzar en lo que se ha denominado “eutanasia activa”, cuestión sobre la cual señaló su más absoluto rechazo.

La Honorable Senadora señora Goic expresó igualmente su voto contrario a las mociones, haciendo presente que su postura no está fundamentada en concepciones religiosas, sino que en la defensa de la vida como un principio primario, del cual se derivan todos los demás derechos.

Aseguró que en el curso del debate legislativo han quedado de manifiesto los déficit del sistema de salud que impiden una atención oportuna e integral de pacientes que se encuentran en situaciones críticas, lo que los lleva a plantearse la alternativa de terminar con su vida.

En definitiva, el establecimiento de un sistema que asegure el cumplimiento de ciertas garantías con el objeto de que las personas que sufran alguna enfermedad grave o se encuentren en una etapa terminal cuenten con los tratamientos y condiciones adecuados de atención y acompañamiento y, eventualmente, para tener una muerte digna, debe ser parte de la discusión de los actores vinculados a los temas de salud.

En tal contexto, afirmó no estar de acuerdo con la idea de privatizar el valor de la vida humana, toda vez que la concepción de persona también está asociada al hecho de vivir en comunidad. Además, estimó complejo ponderar el valor de una vida por sobre otra, pues ese punto de partida podría llevar en el futuro a adoptar otras consideraciones para su valoración.

Finalmente, adujo que la autonomía de una persona para adoptar la decisión de concluir su vida es muy cuestionable cuando ella se expresa en circunstancias tan extremas como el hecho de estar afectado de una enfermedad grave o incurable.

En la misma posición se situó **la Honorable Senadora señora Van Rysselberghe**, quien coincidió en que la presente discusión no es de orden religioso, sino que se relaciona con los derechos de las personas y, en ese contexto, surge el riesgo de relativizar el derecho a la vida en ciertas circunstancias y de plantear si hay existencias que no vale la pena continuar.

Observó que del derecho a la vida surgen todos los demás, ya que su protección es condición indispensable para que los otros puedan ser ejercidos. Entonces, se mostró contraria a su relativización o al establecimiento de ciertos hechos que permitan dar término a una vida, ya que ello, además, plantearía la posibilidad de que a futuro se amplíe la discusión a otros escenarios.

Expuso que la única certeza con que cuenta el ser humano al comenzar su existencia es que ella terminará en algún momento y, por tal razón, su dignidad debe abarcar tanto el desarrollo de la vida como el de la muerte. Demandó una actitud activa del Estado para garantizar esos aspectos.

En conclusión, subrayó que facilitar a una persona tener un proceso de muerte digna en ningún caso puede permitir que ella sea provocada intencionalmente.

El Honorable Senador señor Rossi, por su parte, valoró que el tema promovido por las mociones en estudio haya sido discutido en el seno de la Comisión, dada la relevancia que tiene en la sociedad.

Sin embargo, indicó que la perspectiva que se adopte sobre el concepto y finalidad de la vida humana, aún si está influenciada en parte por las concepciones religiosas que tenga una persona, no debieran impedirle apoyar las iniciativas en discusión, puesto que no propugnan una postura contraria a la existencia humana. De hecho, lo que buscan es consagrar un elemento consustancial a la dignidad, que tiene relación con el derecho a ejercer la autonomía personal. Es más, enfatizó, Su Señoría, la libertad es una expresión de la dignidad.

Entonces, en el contexto de una enfermedad, entendida como un proceso degradante que hace perder al ser humano su autonomía, la posibilidad de decidir sobre la abreviación de la vida en

ciertas circunstancias aflora como un espacio de recuperación de su poder de auto determinación y, por lo tanto, de su dignidad y libertad. Ese tipo de resoluciones, anotó, son indelegables e individualísimas, por lo que juzgó pertinente su privatización, en el sentido de que el término de una vida no afecta la moral pública ni tampoco ofende a terceros o perjudica sus derechos. Incluso, en su opinión, ese tipo de decisiones ni siquiera debería estar supeditado a que una mayoría circunstancial parlamentaria se pronuncie sobre su pertinencia.

Añadió que los expertos que participaron del debate, junto con manifestar su apoyo a la idea de legislar en esta materia, hicieron precisiones importantes, como el hecho de que la eutanasia no sólo procedería respecto de enfermedades que podrían ser calificadas como terminales, sino que también ante la ocurrencia de otras afecciones de carácter grave e incurable. Asimismo, valoró el énfasis que se puso en la necesidad de que quien opte por un procedimiento de ese tipo haya recibido previamente cuidados paliativos del dolor, cuestión que ha sido argumentada por algunos para señalar que su aplicación podría modificar la decisión del paciente en orden a querer continuar con su vida. No obstante, en la práctica se dan casos de personas que, a pesar de las terapias paliativas, igualmente consideran que el tipo de existencia que deben afrontar no merece ser vivida.

Finalmente, puso en conocimiento de los demás miembros de la Comisión los resultados obtenidos de la plataforma “Senador Virtual” que se pone a disposición de la ciudadanía y que, en relación con el proyecto discutido, recibió la opinión de 4.652 personas². Entre otras respuestas, destacó las recibidas sobre la consulta si se considera conveniente regular la eutanasia, entendida como la terminación de la vida que lleva a cabo un médico a petición de un paciente con enfermedad terminal, que obtuvo un 69% de votos favorables. Si bien previno que ello no constituye una muestra estadísticamente significativa, sí resulta un dato relevante para el análisis.

En base a todo lo expuesto, anunció su voto afirmativo a la aprobación de las mociones discutidas.

- Sometidos a votación en general los proyectos de ley refundidos, resultaron rechazados por la mayoría de los miembros de la Comisión presentes, Honorables Senadores señoras Goic y Van Rysselberghe y señor Chahuán. Votaron por la afirmativa los Honorables Senadores señores Girardi y Rossi.

- - - - -

² www.senadorvirtual.cl

TEXTO DE LOS PROYECTOS RECHAZADOS

Se consigna a continuación el texto de los proyectos, rechazados en general por la Comisión:

PROYECTO DE LEY (Moción 9.602-11):

“Artículo 1°. Agréguese en el Libro I del Código Sanitario, el siguiente título VI con sus párrafos y artículos 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 de conformidad a lo establecido en la ley N°20.584.

Art. 54°bis B.- No obstante lo señalado en el artículo anterior, la voluntad del paciente no tiene efecto alguno cuando:

a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en el presente código, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

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 o conviviente, 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 subrogue.

Art. 54° bis D.- Testamento vital. Toda persona hábil para testar, siempre podrá prestar ante Notario Público una declaración para el caso que no sea capaz de expresar personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de salud a consecuencia de un padecimiento que haga dependiente de los demás de forma irreversible y le impida manifestar su voluntad clara e inequívoca de no vivir en esas circunstancias. El referido acto deberá prestarse a lo menos ante cinco testigos.

Artículo 54° bis E.- En caso de muerte cerebral, entendiéndose por tal la definida en la ley N°19.451, la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos será adoptada por el cónyuge que vivía con el fallecido o la persona que convivía con él en relación de tipo conyugal, siguiendo cuando corresponda el orden de prelación que establece el art. 2 bis del citado cuerpo legal.

Párrafo 2°

De la eutanasia activa

Art. 54° ter.- De la eutanasia activa. Todo paciente que sufra una enfermedad incurable o progresivamente letal que le cause un padecer insufrible 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, el médico tratante deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. 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;

2. Deberá llegar a la convicción de que el padecimiento es insoportable y sin posibilidades de mejoría;

3. Consultar la opinión de la Comisión Ética de comprobación respectiva, que se establece en el párrafo 3° de este título.

Art. 54° ter A.- 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 subrogue.

Art. 54° ter B.- Testamento vital. Toda persona hábil para testar, siempre podrá prestar ante Notario Público una declaración para el caso que no sea capaz de expresar personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de salud a consecuencia de un padecimiento que haga dependiente de los demás de forma irreversible y le impida manifestar su voluntad clara e inequívoca de no vivir en esas circunstancias. El referido acto deberá prestarse a lo menos ante cinco testigos.

Artículo 54° ter C.- 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° ter D.- En caso de los legalmente incapaces será adoptada por el representante legal.

Párrafo 3°

De la Comisión Ética de comprobación.

Art. 54° quáter.- En cada región del país existirá una Comisión Ética de comprobación cuya integración, subrogación, funcionamiento y atribuciones estarán especificadas en un reglamento que se dictara a estos efectos.

Artículo 54° quáter A.- La Comisión, de a lo menos cinco miembros, estará integrada siempre 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 abogado, con el grado de doctor, que ejerza la docencia en derecho penal, en una Universidad afiliado al Consejo de Rectores.

Art. 54° quáter B.- 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° quáter C.- 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° quáter D.- 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.

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

“Art. 393. El que induzca a otro a suicidarse sufrirá la pena de reclusión 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 reclusión 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.”.

PROYECTO DE LEY (Moción 4.271-11)

“Artículo 1°.- Toda persona tiene derecho a una muerte digna que incluya la libertad para determinar las terapias a las que desea ser sometido ante la proximidad de su muerte, el derecho a no padecer males o dolores innecesarios y a evitar la prolongación artificial de su vida.

Artículo 2°.- Toda persona mayor de edad tiene la libertad y el derecho a definir los cuidados y tratamientos a los que desea o no someterse ante la proximidad de su muerte.

Dicha manifestación de voluntad deberá constar por escrito y otorgarse ante cualquier ministro de fe.

Artículo 3°.- A los efectos señalados en el artículo anterior y para cumplir su voluntad sobre las condiciones en que desea finalizar su vida, toda persona puede designar un curador especial, en conformidad a las reglas establecidas en el Título XIX y siguientes del Libro I del Código Civil.

Artículo 4°.- Estando en una situación de enfermedad que pueda desencadenar la muerte, toda persona puede manifestar directamente su voluntad o nombrar el curador especial, por cualquier medio que exprese inequívocamente su consentimiento.

En este caso, bastará la presencia y fe otorgada por el Director del establecimiento de salud y del representante legal o pariente más próximo.

Artículo 5°.- Fuera de las circunstancias anteriores, esto es, bajo la imposibilidad de prestar consentimiento de cualquier forma, los facultativos médicos consultarán, en todo caso la voluntad de los parientes más próximos.”.

- - - - -

Acordado en sesiones de fecha 14 y 21 de abril y 12 de mayo de 2015, con asistencia de los Honorables Senadores señor Fulvio Rossi Ciocca (Presidente), señoras Carolina Goic Borojevic y Jacqueline Van Rysselberghe Herrera y señores Guido Girardi Lavín y Francisco Chahuán Chahuán.

Valparaíso, 15 de mayo de 2015.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD ACERCA DEL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL CÓDIGO SANITARIO PARA REGULAR LA EUTANASIA Y DEL PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA, AMBOS EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL.

(Boletines N°s 9.602-11 y 4.271-11, refundidos)

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DE LOS PROYECTOS PROPUESTO

POR LAS MOCIONES: la primera iniciativa de ley persigue establecer un estatuto jurídico de la eutanasia pasiva y activa y consagrar la institución del testamento vital, todo ello como derechos de los pacientes. La segunda, por su parte, propone instaurar la figura del curador encargado de cumplir la voluntad de quien ha manifestado en qué condiciones desea finalizar su vida, partiendo de la base de que la muerte digna es un derecho de las personas. La moción está compuesta por cinco artículos permanentes.

II. ACUERDOS: rechazados en general por mayoría (3 x 2).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:

el de la moción 9.602-11 está conformado por dos artículos permanentes, que modifican el Código Sanitario y el Código Penal, en tanto que el de la moción 4.271-11 consta de cinco artículos permanentes.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: todas las disposiciones de los dos proyectos son propias de ley común.

V. URGENCIA: no tienen.

VI. INICIATIVA: Moción de los Honorables Senadores señores Fulvio Rossi Ciocca y Alfonso De Urresti Longton (Boletín N° 9.602-11), y señores Guido Girardi Lavín y Alejandro Navarro Brain y ex Senadores señores José Antonio Gómez Urrutia, Carlos Ominami Pascual y Mariano Ruiz-Esquide Jara (Boletín N° 4.271-11).

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: primero.

VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 24 de septiembre de 2014 y 4 de julio de 2006, respectivamente.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primero, discusión en general.

X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Artículo 19 N°1 de la Constitución Política de la República, que consagra el derecho a la vida.
- Artículos 391 y 393 del Código Penal, que sancionan el homicidio y la cooperación al suicidio, respectivamente.
- Artículos 2° bis y 9° y siguientes de la ley N° 19.451, sobre transplante y donación de órganos.
- Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.
- Libro I del Código Sanitario, “De la protección y la promoción de la salud”.
- Título XIX y siguientes del Libro I del Código Civil.

Valparaíso, 15 de mayo de 2015.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Constancias | 1 |
| Objetivos fundamentales y estructura del proyecto | 3 |
| Antecedentes de derecho | 3 |
| Antecedentes de hecho | 3 |
| Discusión y votación en general | 9 |
| Texto de los proyectos rechazados | 23 |
| Resumen ejecutivo | 29 |
| Índice | 31 |