



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE DERECHO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PENALES

**DERECHO A UNA MUERTE DIGNA: CONSENTIMIENTO Y DISPONIBILIDAD DE  
LA VIDA PROPIA EN EL DERECHO PENAL CHILENO Y COMPARADO.**

Memoria para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales.

FERNANDA PAZ ISABEL HURTADO BRANTES

PROFESOR GUIA: FELIPE ABBOTT MATUS

Santiago de Chile

2021

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>CAPITULO I: Estado de la discusión/ Derecho a una muerte digna, disponibilidad de la vida y consentimiento en el derecho penal.</b>	
<b>I. Derecho a una muerte digna</b> .....	<b>6</b>
1. Origen del derecho a una muerte digna.....	6
2. Concepto de derecho a una muerte digna.....	9
a. Dignidad .....	10
b. Autonomía .....	14
3. Muerte digna en el derecho comparado y derecho chileno .....	15
4. Situación penal de la muerte digna .....	21
<b>II. Disponibilidad de la vida en el derecho penal chileno</b> .....	<b>23</b>
<b>III. Consentimiento en el derecho penal chileno</b> .....	<b>25</b>
<b>CAPITULO II: Muerte digna, consentimiento, capacidad y voluntad al disponer de la vida propia.</b>	
<b>I. Autonomía y capacidad</b> .....	<b>28</b>
1. Capacidad plena: conciencia y competencia .....	30
2. Casos de muerte digna y voluntad expresada .....	33
a. Eutanasia: concepto y clasificación.....	33
b. Eutanasia pura.....	34
c. Eutanasia indirecta .....	35
d. Eutanasia pasiva.....	36
e. Eutanasia activa.....	37
3. Crítica a la capacidad plena.....	39
<b>II. Consentimiento informado y apoyo toma de decisiones</b> .....	<b>40</b>
<b>III. Voluntad anticipada</b> .....	<b>42</b>
<b>IV. Casos complejos de manifestación de voluntad</b> .....	<b>45</b>
1. Personas en estado inconsciente .....	46
2. Personas con capacidades disminuidas o demencia.....	50
3. Niños, niñas y adolescentes.....	53

### **CAPITULO III: Tratamiento comparado sobre derecho a una muerte digna.**

<b>I.</b>	<b>Colombia</b> .....	<b>56</b>
1.	Situación general de la eutanasia en Colombia .....	56
2.	Eutanasia en niños, niñas y adolescentes .....	59
3.	Voluntad anticipada .....	60
4.	Críticas al sistema colombiano .....	62
<b>II.</b>	<b>Holanda</b> .....	<b>63</b>
1.	Situación de la eutanasia y el auxilio al suicidio en la legislación.....	63
2.	Situación de niños, niñas y adolescentes.....	65
3.	Voluntad anticipada .....	66
4.	Estadísticas .....	67
<b>III.</b>	<b>Bélgica</b> .....	<b>68</b>
1.	Situación de la eutanasia en la legislación .....	68
2.	Eutanasia en niños, niñas y adolescentes .....	70
3.	Voluntad anticipada .....	70
4.	Estadísticas .....	71
<b>IV.</b>	<b>Luxemburgo</b> .....	<b>72</b>
1.	Situación de la eutanasia y el auxilio al suicidio en la legislación .....	72
2.	Voluntad anticipada .....	75
3.	Estadísticas .....	76
<b>V.</b>	<b>Suiza</b> .....	<b>77</b>
1.	Situación del auxilio al suicidio y la eutanasia en la legislación .....	77
2.	Organizaciones no gubernamentales de ayuda al suicidio .....	78
2.1.	EXIT .....	78
2.2.	Dignitas .....	79
3.	Ley del Cantón de Vaud .....	80
4.	Estadísticas .....	81

### **CAPITULO IV: Legislación chilena sobre derecho a una muerte digna y disponibilidad de la vida propia.**

<b>I.</b>	<b>Ley 20.584</b> .....	<b>84</b>
1.	Historia de la ley .....	84
2.	Consentimiento informado .....	86
3.	Capacidad y competencia en la ley 20.584 .....	88
4.	Voluntad anticipada .....	89
5.	Comités de Ética .....	91

<b>II.</b>	<b>Intentos legislativos sobre muerte digna y eutanasia .....</b>	<b>93</b>
1.	Boletín 3.690-11: Regula la aplicación de la eutanasia en los casos que indica.....	93
2.	Boletín 4.201-11: Establece regulación legal de la eutanasia.....	95
3.	Boletín 4.271-11 y Boletín 9.602-11 (refundidos).....	97
3.1.	Boletín 4.271-11: Proyecto de ley que establece el derecho a la muerte digna.....	97
3.2.	Boletín 9.602-11: Modifica Código Sanitario, para regular la eutanasia.....	98
3.3.	Decisión legislativa sobre proyectos de ley refundidos .....	100
<b>III.</b>	<b>Proyectos de ley actualmente en tramitación en el Congreso Nacional .....</b>	<b>101</b>
1.	Boletines refundidos en la Cámara de Diputados .....	101
1.1.	Boletín 7.736-11 (2011): Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable.....	101
1.2.	Boletín 9.644-11 (2014): Modifica diversos cuerpos legales con el objeto de permitir la eutanasia, haciendo efectiva la eutanasia, haciendo efectiva la autonomía de las personas en caso de enfermedades terminales .....	103
1.3.	Boletín 11.577-11 (2018): Modifica la ley 20.584, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia .....	105
1.4.	Boletín 11.745-11 (2018): Establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica en conformidad a ello el Código Penal .....	106
1.5.	Tramitación de proyectos de ley refundidos .....	108
2.	Boletín actualmente tramitado en el Senado .....	112
2.1.	Boletín 11.760-11 (2018): Modifica la ley 20.584, en lo relativo al suicidio asistido .....	112
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>114</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>117</b>

## **RESUMEN**

La presente memoria tiene por objeto dilucidar la existencia y reconocimiento de un derecho a una muerte digna y desde esa base, observar si la muerte digna es un supuesto para cuestionar la disponibilidad de la vida propia como se encuentra concebida en el derecho penal chileno. Para lograr este propósito, se introducirá el concepto de derecho a una muerte digna, se expondrá de qué se trata, cómo lo ha entendido la doctrina nacional, dónde se sitúa en el estudio del derecho y la importancia que ha tenido su reconocimiento y aplicación en otras legislaciones para asegurar la dignidad de las personas y cómo la disponibilidad de la vida se ha visto cuestionada. A continuación, se analizará la capacidad y consciencia plena e inconsciencia, la capacidad disminuida y la discapacidad al otorgar el consentimiento y disponer de la vida propia. De igual forma, se abordará la relevancia, para la manifestación de voluntad, del consentimiento informado y la voluntad anticipada. También se recurrirá al derecho comparado para analizar cómo distintas legislaciones han abordado el derecho a una muerte digna y lo han subsanado, como Colombia, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza. Por último, se estudiará la legislación chilena actual, instrumentos legales como la ley 20.584, que regula derechos y deberes de los pacientes, y los intentos legislativos llevados a cabo en el Congreso, que han querido regular el derecho a una muerte digna en Chile.

## INTRODUCCIÓN

La presente memoria tiene como finalidad abordar el problema de la existencia de un derecho a una muerte digna, y si es este un supuesto para cuestionar la disponibilidad de la vida propia como se encuentra concebida en el ordenamiento jurídico penal chileno, así también, el rol que cumple el consentimiento y la capacidad de la persona en el derecho a una muerte digna. Nuestro ordenamiento no reconoce la existencia de este derecho, no obstante, este ha sido discutido, reconocido y desarrollado en la doctrina y jurisprudencia extranjera, como es el caso, por ejemplo, de Colombia donde fue reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental. De esta forma, se introducirá el concepto de derecho a una muerte digna, se expondrá de qué se trata, dónde se sitúa dentro del estudio del derecho y cómo lo ha entendido la doctrina nacional, la importancia de su reconocimiento en los ordenamientos jurídicos para asegurar el derecho a la dignidad y así esclarecer su relación con la disponibilidad de la vida en el derecho penal. Para lo anterior, se analizará la capacidad y consciencia plena e inconsciencia, la capacidad disminuida y discapacidad al momento de otorgar el consentimiento. También se abordará la relevancia frente a lo anterior, del consentimiento informado y los documentos de voluntad anticipada.

En este orden de ideas, cobra especial sentido verificar las argumentaciones que se mantienen vigentes, en qué medida fueron recogidas por la legislación de diversos ordenamientos jurídicos, y contrastar en este sentido, a grandes rasgos, la situación chilena con la de dichos ordenamientos. Para estos efectos, se analizarán casos de derecho comparado, específicamente Colombia, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza. Se tomarán estos 5 casos como base debido a que cada uno de estos países ha sido pionero en la forma de abordar la materia y su desarrollo, ya que estos son de los pocos países que cuentan con protocolos sanitarios sobre eutanasia y/o auxilio al suicido, lo cual corresponde a una minoría en el mundo actual.

Finalmente, se estudiará el derecho a una muerte digna desde la legislación chilena actual. Para esto se tendrá en consideración, en primer lugar, la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Y, en segundo lugar, los proyectos de ley, presentados en el Congreso como intentos legislativos de regular la muerte digna en Chile. De estos proyectos, algunos han sido rechazados o archivados por el poco interés parlamentario y otros que actualmente se encuentran en primer trámite constitucional en el Congreso.

## **CAPITULO I: ESTADO DE LA DISCUSION / DERECHO A UNA MUERTE DIGNA, DISPONIBILIDAD DE LA VIDA Y CONSENTIMIENTO EN EL DERECHO PENAL.**

### **I. DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.**

#### **1. Origen del derecho a una muerte digna**

La muerte a nadie le es ajena, nacimos sabiendo que en algún momento esta llegará, y se puede concebir como lo único certero en la vida. Sin embargo, en sociedades occidentales todavía es considerada como tabú y algo totalmente ajeno al día a día.

Es un tema que ha producido tanta incertidumbre durante siglos que ha sido tratado desde todos los ámbitos: científicos, filosóficos, sociales, artísticos, religiosos, etc., todos intentado dar una respuesta a este fenómeno que nos acongoja toda la vida. Como decía, no es un tema ajeno, nos encontramos siempre con la muerte, ya sea por algún suceso propio de estar cerca esta o muerte de familiares, amigos, cercanos etc. Pero, aun así, existe una negación de su existencia, un miedo quizás al reducir la existencia humana al hecho de que algún día vamos a morir.

En las últimas décadas, se ha producido un impresionante avance tecnológico en la biomedicina, produciéndose así un proceso de replantear la definición de muerte como un hecho natural de la vida. La ciencia médica y las nuevas tecnologías son esenciales hoy en día, ya que mejoran las expectativas vitales de los pacientes ya sea, ayudando en su recuperación y mejorando su calidad de vida. No obstante, muchas veces en la práctica médica se produce una vertiente contraria, donde es común que en la lucha contra la muerte de un paciente surjan tratamientos médicos que prolongan la vida, incluso artificialmente, lo que puede durar días, meses e incluso años, siendo resultado de esto, más que prolongar la vida, se prolonga la agonía, el dolor, sufrimiento del paciente y la muerte, que en muchos casos es inevitable.

Dicho lo anterior, es común actualmente en la medicina, el fenómeno denominado obstinación terapéutica, donde lo más complejo para el servicio médico es asumir y reconocer que el panorama lamentablemente no tiene solución y que de todos los esfuerzos que se están haciendo no beneficiarán al paciente, sino que están afectando directamente su dignidad y calidad de vida, sometiéndolo a tratamientos que sólo prolongarán su sufrimiento. De esta forma, el idealismo de salvar vidas a toda costa se sobrepone a los deseos y expectativas, ya que muchas veces no se le informa al paciente la

verdadera naturaleza del problema dejándolo sin opciones que pueda tomar bajo su autonomía y decisión. De esto, en la medicina se ha planteado lo siguiente:

“Algunas personas elegirán todas las terapias, no importa qué tan extremas, dolorosas o experimentales sean, con el único objetivo de evitar la muerte y aferrarse a la vida; otras dejarán las decisiones al final de su vida a sus médicos de cabecera, sin cuestionarlas. Otros optarán por el cuidado general de síntomas para garantizar la comodidad, y poder pasar los últimos días con sus familiares más cercanos. Otros preferirán terminar con todo sufrimiento de manera voluntaria y rápida, como es el caso de la eutanasia y el suicidio asistido”.<sup>1</sup>

El conflicto anterior en cuanto el rol del médico y la decisión del paciente, es esencialmente tratado en el estudio de la bioética, que se define como el estudio de los problemas éticos originados por la investigación biológica y sus aplicaciones como en la ingeniería genética o la clonación<sup>2</sup>. De esta forma, surge el conflicto en la bioética de cómo debe ser la práctica de la medicina, en la actualidad, teniendo en consideración lo señalado hasta ahora en cuanto a la tecnología y su relación con la muerte.

Así autores chilenos dedicados a la bioética han señalado lo siguiente respecto al tema: “La persona tiene derecho al respeto por sus derechos humanos, entre ellos el de autodeterminación que en la ética médica equivale a que el paciente tiene capacidad para definir lo convenientemente o inconvenientemente”.<sup>3</sup>

Desde esa base, la bioética ha entendido la importancia de la dignidad del paciente al momento de enfrentarse a la muerte, refiriendo de la siguiente forma a este derecho: “El reconocimiento del derecho a morir dignamente dio origen a la corriente en favor del moribundo abandonado a su suerte y a lograr su dignidad en la práctica hospitalaria”.<sup>4</sup> Así mismo: “En la búsqueda de reivindicar una muerte digna se señalan actualmente diversos intentos de lograrla: combatir la obstinación terapéutica, la adecuación de las medidas asistenciales, respetar el testamento vital (directrices previas o voluntades anticipadas), la sedación terminal, el suicidio asistido, reivindicar la eutanasia y los cuidados paliativos”.<sup>5</sup>

Todo lo señalado hasta ahora es relevante, ya que hemos podido establecer el contexto en que se da la importancia del reconocimiento de la existencia del derecho a una muerte digna. De esta forma, existen diferentes variantes o situaciones de muerte digna, donde la persona puede hacer valer su derecho a esta.

---

<sup>1</sup> GEMPELER, Fritz. “Derecho a morir dignamente”. *Revista Javeriana de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá, Colombia, 2015. pp. 178-185. ISSN 0041-9095. p. 182.

<sup>2</sup> Real academia española: *Diccionario de la lengua española*, 23° ed. [versión en línea]. <https://dle.rae.es> [2020]

<sup>3</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. *Bioética Clínica*. Mediterráneo, Chile, 2012. p. 368

<sup>4</sup> IBID. p. 371.

<sup>5</sup> IBID. p. 374



Primero cuando se trata de una negación a someterse a tratamiento que prolongue la vida, lo cual es considerado jurídicamente permitido en la gran mayoría de las legislaciones, incluyendo la chilena. Sin embargo, el problema surge cuando se pretende terminar con la vida de forma anticipada. De esto último, surgen dos casos, en primer lugar, la situación de personas que se encuentran en un estado inconsciente o vegetativo, donde no pueden dar su consentimiento de terminar con su vida, la cual está siendo prolongada por medios artificiales y es la familia la que muchas veces debe tomar la decisión. Y, en segundo lugar, los casos donde la persona consciente y racionalmente solicita terminar con su vida, como los casos de una muerte inminente o cuando la vida que lleva esa persona se hace totalmente insoportable ya sea por el dolor físico y psicológico por una enfermedad, o casos donde la expectativa de vida no se condice con la situación en la que la persona se encuentra, como son los casos de personas en situación de discapacidad física, como por ejemplo una tetraplejia.

Lo anterior, no es extraño para las legislaciones occidentales, ya que cada cierto tiempo y desde décadas atrás, surgen casos de personas que revolucionan la discusión al solicitar su muerte de forma digna. Uno de los casos más resonados a nivel internacional por lo larga de su lucha por terminar con su vida y por la película biográfica en su nombre, “Mar Adentro” ganadora del Oscar, es el que tuvo lugar en España con Ramon Sampedro.

Sampedro, a los 25 años, a causa de un accidente que sufrió, quedó con su cuerpo completamente inmóvil, con tetraplejia, y postrado en una cama por el resto de su vida. A raíz de esto, se convirtió en el primer español en solicitar el suicidio asistido en los tribunales españoles, el cual se encuentra tipificado en el artículo 143.4 del Código Penal español. Estuvo 28 años totalmente postrado e inmóvil solicitando su muerte una y otra vez ante la Justicia Española en distintas instancias, sin embargo, nunca logró un resultado positivo. Ante esto, después de tres décadas de lucha incansable por el reconocimiento legal de lo que había considerado su derecho a morir dignamente, puso finalmente término a su vida, ingiriendo mediante una bombilla una dosis de cianuro potásico contenido en un vaso que alguien puso frente a él bajo sus propias órdenes, lo cual fue grabado y puesto a disposición para el conocimiento público.

Lo descrito caló hondo en la sociedad española de los años 90, y tuvo sus repercusiones en el mundo, trayendo nuevamente a colación la discusión sobre las prácticas como eutanasia o suicidio asistido en ciertas circunstancias que lo ameritan, teniendo siempre en cuenta la dignidad y la autodeterminación de las personas. Dicho esto, la situación es lamentable, ya que en España han pasado más de 20 años de la muerte de Sampedro y, a pesar de que posteriormente ha habido muchos más casos y múltiples discusiones al respecto, aún no ha habido cambios en la legislación. Lo anterior, no es excepción en

Chile ya que como veremos más adelante cada cierto tiempo surge un caso que reabre la discusión a considerar un derecho a una muerte digna en la legislación, quedando finalmente en nada.

Ahora teniendo en cuenta lo anterior, veremos cómo se ha entendido conceptualmente el derecho a una muerte digna.

## 2. Concepto de derecho a una muerte digna

Como decíamos, la discusión sobre la existencia de una muerte digna no es algo extraño en la medicina y la bioética, por lo tanto, no podemos dudar de su existencia y tampoco de su reconocimiento en esas áreas. Sin embargo, la muerte digna como un derecho es poco reconocida en el mundo jurídico, y son pocos los países que lo han reconocido como algo inherente a las personas en los casos cuando el proceso de muerte es inevitable, cargado de sufrimiento y agonía o en los casos como el recién nombrado de Ramon Sampedro, donde la existencia y la vida se transforma en una obligación cargada de sufrimiento.

Dicho lo anterior, ahora es importante ver cómo se ha definido el concepto de derecho a una muerte digna desde distintas materias. En primer lugar, desde la medicina, médicos lo han definido como, “el derecho que tienen todas las personas de decidir y manifestar su deseo de aceptar o rechazar procedimientos, ya sean médicos o quirúrgicos, cuando padece una enfermedad irreversible e incurable y que se encuentra en un estado de salud terminal”.<sup>6</sup>

Desde la bioética se ha definido: “Cuando la vida se hace físicamente insoportable, dolorosa, y no haya expectativa de recuperación, es decir, cuando, en una enfermedad terminal, el dolor y sufrimiento, tanto físico como psicológico se hacen muy grandes y se menoscaba la dignidad de la persona humana y su autonomía en cuanto deterioro de su conciencia, cuando no existen beneficios en esa situación sino daños y menosprecio moral, las ayudas activas que busquen terminar con las condiciones mencionadas y favorezcan un final tranquilo para la persona serán consideradas como mediadoras de una muerte digna”.<sup>7</sup>

La Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente en Colombia la define como:

“El derecho a morir dignamente es una extensión natural del derecho fundamental a vivir dignamente. Hace referencia a la garantía que tienen las personas de ejercer su autonomía al final de la vida. Este no es un derecho unidimensional, sino un conjunto de facultades que le

---

<sup>6</sup> GEMPELER, Fritz. Óp. Cit. p. 179

<sup>7</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 367

permiten a un individuo o quien lo represente válidamente ante la Ley, tomar decisiones libres e informadas y tener control sobre el proceso de su muerte, imponiendo límites a terceros, familia, profesionales de la salud y Estado, sobre lo que puede o no hacerse en lo que concierne a su cuerpo, integridad y vida. De todas estas disposiciones aquella que tradicionalmente se destaca, y cuya protección ha sido el objetivo de los esfuerzos de diversas organizaciones en el mundo, es la de poder solicitar, cumplidos los requisitos de Ley, la muerte anticipada”.<sup>8</sup>

Lo anterior es muy relevante ya que Colombia, es el único país latinoamericano donde se ha reconocido el derecho a una muerte digna. De esta forma la Corte Constitucional Colombiana lo define y reconoce como un derecho fundamental. Así, lo señala la sentencia C-239 de 1997:

“El deber del Estado de proteger la vida debe ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad. Por ello la Corte considera que frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, este deber estatal cede frente al consentimiento informado del paciente **que desea morir en forma digna**. En efecto, en este caso, el deber estatal se debilita considerablemente por cuanto, en virtud de los informes médicos, puede sostenerse que, más allá de toda duda razonable, la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto. En cambio, la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. **El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente**, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP art.12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto”.<sup>9</sup>

### 2.1. Dignidad.

Como se desprende de las definiciones dadas y frente al contexto y el origen del concepto de muerte digna como un derecho de las personas, se puede señalar, de forma redundante quizás, que, al no respetar

---

<sup>8</sup> *Fundación pro derecho a morir dignamente* [en línea]. [Fecha de consulta: 21 julio 2020]. Disponible en: <<https://www.dmd.org.co/que-es-muerte-digna/>>

<sup>9</sup> *Derecho a morir dignamente* [en línea]. [Fecha de consulta: 21 julio 2020]. Disponible en: <<https://derechoamorr.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>>

este derecho, ya sea por la decisión de suspender cualquier tipo de tratamiento o por terminar anticipadamente con su vida, se está afectando de manera directa la dignidad humana. Por eso, a continuación, veremos la relevancia que tiene el concepto de dignidad en la discusión y las concepciones que existen de esta.

De esta forma recurriendo nuevamente a la bioética, se señala primeramente que existe una intrínseca relación entre vida, salud y calidad de vida. Así: “Para lograr una comprensión integral de la salud es importante entender la visión integral de la vida (cuerpos, mentes, sociedades, amor), sus necesidades y capacidades socioculturales, psicológicas, bio psicológicas y biológicas”. “La calidad de vida será siempre importante tener en cuenta el componente de salud en su multidimensionalidad”.<sup>10</sup>

Podemos dilucidar bajo lo anterior, que al final de la vida, cuando es inminente o se solicita la muerte, no se trata solo de una persona con una enfermedad corporal que lo afecta, sino también hay que tener en cuenta como se señala, la multidimensionalidad de las personas, y no quedar esta simplemente reducida a un cuerpo. Por esto, si entendemos que las personas se deben comprender desde una multidimensionalidad, cobra total relevancia por un lado el concepto de dignidad humana, que debe ser protegida a toda costa por los ordenamientos jurídicos y, por otro lado, el concepto de calidad de vida. Todo lo anterior, se debe concebir bajo el derecho fundamental con el que contamos todas las personas de forma inherente que es el derecho a la vida, el cual la Constitución Política de la República en su artículo 19 N° 1 señala que se protege y se les asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.

Frente a esto, Eduardo Soto Kloss ha señalado: "Este derecho a la conservación de la vida, más inherente e intrínseco de la naturaleza humana se le llega a llamar "instinto" de conservación, implica un doble deber para [...] toda persona: uno, el de no atentar en contra de esa integridad respecto de la vida ajena, y el otro el de no atentar en contra de esa integridad respecto de la vida propia".<sup>11</sup> Lo expresado por el autor no es extraño en el derecho chileno ya que son muchos los autores que siguen este pensamiento, considerando el derecho a la vida como el derecho fundamental que cuenta con total preeminencia y autonomía sobre otros derechos fundamentales y tiene la cualidad que este se debe tutelar con preferencia a otros.

---

<sup>10</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 376

<sup>11</sup> SOTO KLOSS, Eduardo. “Derecho a la vida y Recurso de protección”. *Derecho y jurisprudencia*. Tomo 81, Chile, 1984. pp. 68

Lo señalado es totalmente veraz, ya que el derecho a la vida efectivamente se trata de uno de los derechos fundamentales más importante a nivel nacional como internacional, y no se puede invalidar su importancia de ninguna manera. Sin embargo, se ha entendido hace algunos años que este derecho que consta de mayor relevancia jurídica no debería considerarse de forma autónoma, ya que al igual como la Constitución reconoce el derecho a la vida, en su artículo N°1 reconoce la dignidad humana, de la cual se puede decir que consta de una jerarquía similar que el derecho a la vida. De esta forma se ha señalado:

“El derecho a la vida constituye el derecho fundacional y esencial en cuanto actúa como sedimento sustancial y base fundamental de inmanencia de los restantes derechos humanos, sin el cual estos derechos no tendrían existencia o sentido posible. Sin embargo, no hay que confundir el derecho a la vida con la vida en sí misma. La dignidad del hombre es inherente a la vida misma y no al derecho que la contempla. Por esto mismo, el estudio del derecho a la vida presupone inevitablemente el estudio del concepto de persona y dignidad humana que se entrelazan con el cuidado de sí mismo y el cuidado de la muerte”.<sup>12</sup>

Dicho lo anterior, es menester señalar que la dignidad humana no es ajena al derecho internacional, ya que como veremos, podemos encontrar referencias sobre dignidad en varios textos de carácter internacional. Pasare a citar algunos a continuación.

La Carta de las Naciones Unidas, del 26 de junio de 1945, en su preámbulo señala: “Nosotros, los pueblos de las Naciones Unidas, resolvemos: Para salvar a las generaciones futuras del flagelo de la guerra, que dos veces en la vida humana ha infligido un sufrimiento incalculable a la humanidad, reafirmar nuestra fe en los derechos fundamentales, en la dignidad y en el valor de la persona humana”.<sup>13</sup>

Así, el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, del 10 de diciembre de 1948 señala: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> AGUILERA, Rafael y GONZÁLEZ, Joaquín. “Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia”. *Revista de la Facultad de Derecho Pontificia Universidad Católica del Perú*. Lima, Perú. 2012. N° 69 pp. 151-168. ISSN 0251-3420. p. 158.

<sup>13</sup> *Corte Internacional de Justicia*. Carta de las Naciones Unidas. [en línea] [fecha de consulta: julio 2020]. Disponible en: <https://www.icj-cij.org/fr/charte-des-nations-unies>

<sup>14</sup> *Asamblea General de las Naciones*. Declaración Universal de Derecho Humanos [en línea] [fecha de consulta: julio 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos, celebrada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en su artículo 11 hace referencia a la dignidad y establece:

“Artículo 11. Protección de la Honra y de la Dignidad:

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.
2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación.
3. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.”<sup>15</sup>

Como podemos notar, la dignidad es uno de los pilares fundamentales del derecho, donde incluso se considera base de la libertad, la justicia y la paz y se señala como inherente al ser humano. De esta forma la comunidad internacional determina que esté debe ser respetado, y reconocido por las jurisdicciones del mundo, al menos de las suscritas a estas convenciones.

De esta forma, la ya mencionada sentencia de la Corte Constitucional de Colombia, la sentencia C-239 de 1997 en cuanto a la eutanasia señala:

“Además, si el respeto a la dignidad humana irradia el ordenamiento, es claro que la vida no puede verse simplemente como algo sagrado, hasta el punto de desconocer la situación real en la que se encuentra el individuo y su posición frente al valor de la vida para sí. En palabras de esta Corte: el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad”.<sup>16</sup>

Zanjada la importancia de la dignidad y su reconocimiento como algo inherente de los seres humanos, es relevante comprender que esta debe ser considerada hasta los últimos días de la vida de una persona, sobre todo en casos donde la muerte se presenta como algo inevitable o en casos que una enfermedad se torna insoportable el vivir. Así como hemos visto el Estado al reconocer los derechos a la vida, dignidad, libertad, se compromete y tiene como fin último la garantía referente al desarrollo integral de las personas, esto incluyendo la muerte, por tanto, si la muerte es parte de nuestra persona, la privación de

---

<sup>15</sup> *Organización de los Estados Americanos*. Convención Americana sobre Derechos Humanos. [en línea] [fecha de consulta: julio 2020]. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_b-32\\_convencion\\_americana\\_sobre\\_derechos\\_humanos.htm](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm)

<sup>16</sup> *Derecho a morir dignamente* [en línea]. [Fecha de consulta: 21 julio 2020]. Disponible en: <<https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>>

este derecho a una muerte digna es un grave atentado contra la dignidad humana, por tanto, estaríamos afectando sus derechos fundamentales.<sup>17</sup>

De esta forma, el concepto de dignidad y su proyección en la muerte, como una muerte digna, nos permite entender que ninguna legislación puede imponer el sufrimiento o la prolongación de la vida a una persona que conscientemente está pidiendo morir, ya que de igual forma se está afectando su dignidad humana, estaría afectado su libre elección y voluntad. “La dignidad humana significa autonomía, esto es, libertad para escoger la forma de vida que cada uno prefiera, con la salvedad de que al escoger la forma de vivir no se quiera transgredir y violentar la dignidad y la forma de vivir del otro. Así también, al referirnos a la libertad en la elección de la forma de vida, esta implícitamente afirmada la responsabilidad, es decir, el hacerse cargo de la propia vida, y, por tanto, de la propia muerte”.<sup>18</sup>

## 2.2. Autonomía.

De todo lo señalado, podemos ver que junto con la dignidad humana viene el reconocimiento de la autonomía, la autodeterminación y libertad de elección. Lo anterior sobre la elección y autodeterminación sobre el término de la vida propia anticipadamente, cuenta ya con una larga data filosófica ya que ha sido tratada desde décadas por la corriente utilitarista. En el siglo XVIII con la modernidad y el surgimiento de los utilitaristas, Hume, refiriéndose a la eutanasia señalaba “Los hombres tienen derecho a acabar con su vida cuando consideran desde un punto de vista racional que dicha vida no les proporcionará más que sufrimiento”.<sup>19</sup>

Hume y con él, el utilitarismo, siempre se ha mostrado a favor de la terminación anticipada de la vida bajo la voluntad racional del sujeto, ya que esto, según su pensamiento va en contra de la posición paternalista según la cual se entiende, el individuo no es el que mejor puede juzgar, por regla general, respecto de su propio interés. De esto, Hume apela simplemente a la consideración de la libertad del individuo como un bien básico.<sup>20</sup>

Siguiendo esta idea, John Stuart Mill señaló, más de un siglo después: “Con respecto al daño (...) que una persona puede causar a la sociedad, sin violar ningún deber preciso hacia el público ni perjudicar

---

<sup>17</sup> AGUILERA, Rafael y GONZÁLEZ, Joaquín. Op Cit. p. 161.

<sup>18</sup> ÍDEM.

<sup>19</sup> TASSET, José Luis. “Razones para una buena muerte (la justificación filosófica de la eutanasia dentro de la tradición utilitarista: de David Hume a Peter Singer)”. *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*. La Coruña, España, Vol. XVIII/1-2, 2012. pp. 153-195. ISSN 1132-0877. p. 173.

<sup>20</sup> IBID. p. 178.

específicamente a ningún otro individuo más que a sí mismo, la sociedad puede y debe soportar este inconveniente por amor de ese bien superior que es la libertad humana.”<sup>21</sup>

También sobre el valor de la libertad para la vida humana Stuart Mill menciona:

“No hay derecho a obligarlo a hacer o no hacer algo porque ello será mejor para él, porque lo hará más feliz, porque, en opinión de los demás, es lo sensato o incluso lo justo. (...) La única parte del comportamiento de cada uno por la que es responsable ante la sociedad es la que concierne a otros. En la que le concierne meramente a él mismo, su independencia es, por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre Su cuerpo y Su mente, el individuo es soberano.”<sup>22</sup>

Luego ya en la actualidad el filósofo Peter Singer igualmente utilitarista, señala en cuanto a la eutanasia voluntaria que “la validez de las razones que abogan por la eutanasia voluntaria reside en esta combinación del respeto por las preferencias –o por la autonomía— de quienes se deciden por la eutanasia, con la base claramente racional de la decisión misma”.<sup>23</sup>

De esta forma como señalábamos, al igual como surge la importancia y el respeto del concepto de dignidad en el proceso de muerte de una persona, el pasar a llevar esta, mediante la imposición del sufrimiento prolongando de la vida de una persona que conscientemente está pidiendo morir, se estaría afectando igualmente su libre elección.

### 3. Muerte digna en derecho comparado y derecho chileno.

Como ya hemos podido ver, el derecho a una muerte digna ha sido tratado latamente en otros países occidentales, siendo un caso próximo al chileno el de Colombia, donde como señalamos, desde 1997 la eutanasia pasó a ser una posibilidad legal para las personas de acceder a una muerte digna, bajo su propia voluntad, siempre y cuando se cumpla con las condiciones establecidas en la ley colombiana para esto, como veremos cuando tratemos específicamente el caso colombiano en el capítulo dedicado a derecho comparado.

Dicho esto, un país que no trataré, ya que no se encuentra legalizado o reconocido un derecho a una muerte digna, pero que se ha dado fuertemente la discusión y tiene una proximidad jurídica y social con

---

<sup>21</sup> TASSET, José Luis. Óp. Cit. p. 178.

<sup>22</sup> IBID. p. 191.

<sup>23</sup> IBID. p. 181.



Chile, es España. Como ya vimos, en España se han dado varios casos emblemáticos sobre el tema, como el de Ramon Sampederro o algunos más recientes, que han hecho que se reabriera la discusión una vez más en el país. De esta forma, como es de esperarse la doctrina española ha dicho mucho en cuanto a estos temas.

En primer lugar, en España, al igual que en Chile, se castiga en su Código Penal, la cooperación al suicidio por un tercero. Sin embargo, la doctrina española con el tiempo se ha ido abriendo a la discusión sobre el reconocimiento a una muerte digna. Así, se le ha instado al legislador solucionar el conflicto ya no desde una mirada de prejuicios religiosos sino desde la racionalidad, mediante una solución para la mayoría desde el único parámetro legítimo, que son las normas constitucionales. De esta forma, se han dado varios intentos legislativos para lograr lo anterior, de los cuales no se cree que llegaran a convertirse en derecho positivo, no obstante, demuestra un avance en la línea despenalizadora de otros países de la Unión Europea.<sup>24</sup> Llegando a ser posible un reconocimiento del derecho a morir dignamente.

Existen autores españoles que, frente a esta línea, ratifican la primacía de la dignidad y de la libre voluntad de la persona como marco necesario para una correcta regulación de la eutanasia, de esta forma se señala: "La petición expresa y seria de morir de un ser humano ha de ser atendida, de tal manera que su consideración ha de sobreponerse a cualquier valoración positiva que pueda merecer la continuidad de su vida", [advirtiendo a continuación que] "sólo esta voluntad y su efectiva constancia pueden permitir un tratamiento diferenciado de la tutela de la vida de un ciudadano".<sup>25</sup>

Dicho esto, es importante señalar que, en España, desde el año 2002 existe el derecho de negarse a un tratamiento (incluyendo medidas de soporte vital), en el momento, o de forma anticipada en un testamento vital, lo cual se encuentra regulado en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente.<sup>26</sup>

Lo anterior no es extraño en Chile, ya que desde el año 2012 contamos en el país con la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la cual es consecuente con las necesidades imperativas de la comunidad internacional de reconocer a las personas la dignidad suficiente en su atención de salud. Por esto, su artículo 5 expresa:

---

<sup>24</sup> GARCÍA, Nicolás. "Despenalización de la eutanasia de la Unión Europea: autonomía e interés del paciente". *Revista Penal: Doctrina*. Castilla-La Mancha, España. pp. 15-30. p. 15.

<sup>25</sup> IBID. p. 8-9.

<sup>26</sup> Ley 41/2002. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. España, Jefatura del Estado, noviembre, 2002.

*“En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia”<sup>27</sup>.*

De esta forma la presente ley, que será tratada exhaustivamente más adelante, consagra reducidamente el derecho de toda persona a una muerte digna en su artículo 14<sup>28</sup>, al reconocer que toda persona tiene el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones del artículo 16, el cual señala que una persona en estado terminal, tiene derecho a lo señalado en el artículo 14, pero en ningún caso, el rechazo de tratamiento que podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte, rechazando de forma explícita la aplicación de prácticas eutanásicas o auxilio al suicidio el cual se encuentra tipificado en el artículo 393 del Código Penal.

De lo anterior podemos señalar que el reconocimiento en Chile del derecho a una muerte digna se trata únicamente en los casos donde la persona en estado terminal puede negarse a un tratamiento médico, lo cual no implica de ninguna manera el término anticipado de la vida o la intervención de terceros.

Esta situación se condice plenamente por lo señalado en la doctrina tradicional en Chile, ya que existe un consenso en cuanto lo regulado por la Ley 20.584. Como expresa Hernán Corral, “no es conducta eutanásica el rehusarse a tratamientos médicos ni el proporcionar a un enfermo medicamentos que alivian su dolor, aunque abrevian su vida. Tampoco lo es evitar el encarnizamiento médico, es decir, la aplicación de tratamientos terapéuticos desproporcionados o extraordinarios que prolongarían la vida de un modo artificial”.<sup>29</sup> Sin embargo, en su posición en contra de la eutanasia o auxilio al suicidio señala, “nuevamente quienes ven la vida como una cosa de dominio del titular, sienten que no debería castigarse a quien ayuda a morir (es decir, mata) al enfermo por compasión si hay un consentimiento expreso o presunto del titular de la vida. Así como tendría derecho a morir, tendría derecho a que un tercero le ayude a obtener ese objetivo, sin que el Estado pueda impedirlo por medio de sanciones penales. Del derecho a morir, pasamos al derecho a matar”.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

<sup>28</sup> “*Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16*”.

<sup>29</sup> CORRAL, Hernán. *Derecho civil y persona humana: cuestiones debatidas*. Legal Publishing, Santiago, Chile, 2009. p. 186

<sup>30</sup> IBID. p. 189.

Lo dicho por Hernán Corral, no se escapa de ninguna manera de lo que mencionábamos anteriormente cuando nos referíamos a la preminencia del derecho a la vida en el ordenamiento jurídico, ya que en el caso chileno contamos con una Constitución Política, construida bajo una concepción judeocristiana que reconoce el derecho a la vida como algo esencial y absoluto, y que al momento de su discusión se abordó la eutanasia, como quedó plasmado en las actas:

“Ovalle: El derecho a la vida elimina la posibilidad de la eugenesia y de la eutanasia, vale decir, de la muerte piadosa del enfermo”. Guzmán: “pregunta si sobre la eutanasia no se hará ninguna mención”. Silva Bascuñán: “Cree que la no mención de la eutanasia es una consecuencia ineludible que no necesita ser expresada, porque, entonces, debería detallarse numerosas formas de ella, y como ya se señaló en la sesión ultima, no es posible entrar en tanto detalle”. Evans, Silva Bascuñán y Ovalle: “consideran que es suficiente establecer la protección del derecho a la vida”. Ortuzar: “Señala que la consagración del derecho a la vida determina que la eutanasia no será permisible” “En el caso de la eutanasia, en su opinión, es evidente que no sería permisible, porque la constitución va a consagrar el derecho a la vida y es indudable que, si se suprime la vida de una persona por razones humanitarias, se atenta con el derecho a la vida”.<sup>31</sup>

De esta forma, se puede dilucidar que al momento de la conformación y escritura de la Constitución se entendía que era inherente al derecho a la vida una prohibición o condenación de la eutanasia, ya que, bajo lo discutido, se estaba protegiendo la vida, hasta el final de esta, por eso no era necesario mencionarla en el artículo 19 N°1 como sí se hace en cuanto a la protección de la vida “del que está por nacer”. De esto, podemos remontarnos a lo que mencionábamos anteriormente, sobre que es tal la prominencia del derecho a la vida y como se concibió en el momento de su discusión, que se sobrepone a otros derechos como es la libertad y sobre todo la dignidad, que ya la hemos tratado latamente, quedando un derecho a la vida imperativo y absoluto, que no considera otros factores y pasa a llevar otros derechos igualmente importantes. Bajo este entendimiento, podemos mencionar lo que señalaba Ramon Sampedro en su testamento dirigido a los jueces que le negaban su muerte: “*Yo, igual que algunos jueces, y la mayoría de las personas que aman la vida y la libertad, pienso que vivir es un derecho, no una obligación. Sin embargo, he sido obligado a soportar esta penosa situación durante 29 años, cuatro meses y algunos días*”.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile* [en línea]. Actas Oficiales De La Comisión De Estudio De La Nueva Constitución Política De La República. Chile, 1978. [fecha de consulta: julio 2020]. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/3767/2/Tomo\\_III\\_Comision\\_Ortuzar.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/3767/2/Tomo_III_Comision_Ortuzar.pdf)

<sup>32</sup> Extracto correspondiente a Testamento de Ramon Sampedro. 1998.

Este entendimiento de la vida como algo superior y como un bien indisponible, se ha denominado “santificación de la vida” y se relaciona de manera directa con concepciones religiosas del tema, ya que, por ejemplo, la religión católica se ha declarado totalmente en contra de todo lo que pudiera afectar la vida. De esta forma en 1980 el Vaticano declaró y sentó la doctrina oficial respecto de la eutanasia, donde señaló que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, incluyendo a enfermos incurables o agonizantes. También señaló que nadie puede pedir este gesto homicida para sí mismo, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Y que ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad.<sup>33</sup>

Sin embargo, retomando lo señalado por doctrina española, lo anterior se entiende de la siguiente manera: “Los argumentos contrarios a la eutanasia basados en la “divinización” de la vida humana pertenecen al arcano de la conciencia y carecen de relevancia fuera de ella; mucho menos para imponer un modelo de vida (o de muerte) a toda la población”.<sup>34</sup>

Lo anterior, respecto al entendimiento del derecho a la vida, es relevante en el caso chileno ya que, el Estado de Chile se declara laico, lo cual, al parecer, quedaría solo en teoría, ya que como señala Luis Bahamondes: “Hay una dificultad que se ha instalado de manera bastante masiva y popular: la idea de que Chile es un país laico. Constitucionalmente en ninguna parte de la Constitución se señala con esas palabras, pero se asume que Chile es un país laico”.<sup>35</sup>

De esta misma forma, Agustín Squella señala que:

“Es claramente un Estado religioso. Ni confesional, ni laico, ni tampoco anti religioso, pero sí religioso, puesto que ayuda de distintas formas a todas las confesiones y credos, [...] Un Estado religioso adopta la tesis de que religiones e iglesias colaboran a mantener buenos estándares morales en la sociedad y que por eso deben ser respaldadas por políticas y recursos públicos que el Estado implementa para ellas. [...] ¿querremos seguir siendo un Estado religioso, amigo de las religiones, u optaremos por ser uno simplemente laico, neutral frente a ellas?”.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> GARCÍA, Nicolás. Óp. Cit. p. 16 GARCÍA, Nicolás. “Despenalización de la eutanasia de la Unión Europea: autonomía e interés del paciente”. *Revista Penal: Doctrina*. España.

<sup>34</sup> IDEM.

<sup>35</sup> BAHAMONDES, Luis. Un país religioso: La relación del Estado y la iglesia en la discusión constitucional. [en línea]. La Tercera. 25 de julio, 2020. <<https://www.latercera.com/reconstitucion/noticia/un-pais-religioso-la-relacion-del-estado-y-la-iglesia-en-la-discusion-constitucional/EUY7W2BARFH7VMZYRXYLA3RV7M/>>

<sup>36</sup> SQUELLA, Agustín. “¿Es Chile un Estado Laico?”. *Palabra Pública*. [en línea]. 2018. [fecha de consulta julio 2020]. Disponible en: <https://palabrapublica.uchile.cl/2018/01/11/es-chile-un-estado-laico/>

De esta forma, revisado el contexto chileno en cuanto a las discusiones frente al tema, podemos ver, que todavía en Chile no se han abierto totalmente las puertas para hablar de una posible regulación o despenalización de la eutanasia o auxilio al suicidio, y solo se contempla la dignidad de la muerte en casos donde la persona puede negarse a un tratamiento como vimos anteriormente. Frente a esto, es importante mencionar que desde el año 2011 hasta la fecha se han presentado en la Cámara de Diputados cuatro proyectos de ley sobre eutanasia, los cuales se encuentran “durmiendo” como se dice coloquialmente, y no se produce un avance en cuanto a su discusión. Lo anterior, no se condice con la percepción ciudadana del tema ya que esta ha demostrado un interés y una actitud positiva hacia la discusión, como se señala en la encuesta CADEM, en su “Track semanal de opinión pública” del 12 de febrero de 2018, los resultados arrojaron que el 68% de la población está de acuerdo con la eutanasia, versus un 24% que está en contra.<sup>37</sup>

De esto podemos notar que se produce una dicotomía importante respecto a lo que piensa la ciudadanía versus lo que lleva a cabo la clase política, ya que ha demostrado a través de los años poca voluntad política para el debate, el cual solo se reabre, cuando se conoce públicamente en el país, un caso de una persona que bajo su voluntad exige su derecho a morir dignamente, para que las autoridades ya sea a favor o en contra se disponga a discutir la situación. Relacionado a esto, el año 2019 fue un año importante respecto a lo anterior, ya que por primera vez en la historia de nuestro país, fue conocido públicamente un caso de un suicidio asistido, el cual fue realizado por la Comunidad Amortanasia que en sus principios señala que se defiende el derecho a la muerte asistida como un acto de amor y el fin del sufrimiento de un paciente terminal o en estado constante de sufrimiento físico y mental y señala igualmente que ante la actual situación y abandono del Estado, Amortanasia pondrá a disposición las condiciones materiales para ayudar a dar término a la agonía para quien lo requiera.<sup>38</sup> La presente comunidad señaló públicamente que realizó ocho procedimientos de suicidios asistidos, lo cual revolucionó el entendimiento de la discusión hasta ese momento. Sin embargo, ya en el año 2020 no se ha vuelto hablar del tema a nivel nacional, quedando postergada la discusión nuevamente, con la incertidumbre de cuando se reabrirá el debate.

---

<sup>37</sup> CADEM. *Track Semanal de opinión pública 12 de febrero de 2018, estudio #213*. [en línea] [fecha de consulta: julio 2020] Disponible en: [https://www.cadem.cl/wp-content/uploads/2018/02/Track-PP-213-Feb\\_S2-VF.pdf](https://www.cadem.cl/wp-content/uploads/2018/02/Track-PP-213-Feb_S2-VF.pdf)

<sup>38</sup> *Amortanasia* [en línea]. [Fecha de consulta: julio 2020] Disponible en: < <http://www.amortanasia.com/quienes-somos/>>

#### 4. Situación penal de la muerte digna.

Analizado todo lo anterior, es importante ahora entender la situación jurídica de lo que estamos tratando y cómo lo entiende el ordenamiento jurídico.

Como ya vimos, el derecho a la vida es imperativo y absoluto, y se ha entendido como el fenómeno de la santificación de la vida, como ya fue explicado. Sobre este punto, y en cuanto al entendimiento jurídico primeramente del suicidio, son muchos los autores que por el carácter indisponible de la vida lo condenan y rechazan. Como señala Hernán Corral:

“El problema del suicidio es arduo, en efecto, si se asume que el derecho a la vida es un derecho sobre la vida como cosa valiosa, o que sobre todo otro derecho o libertad predomina la libre autonomía del individuo con prescindencia de los intereses sociales. Pero es justamente aquí donde fracasa el concepto individualista del derecho a la vida. La vida no es una cosa sobre la que se tiene derecho: es la misma persona viviente la reconocida y amparada como tal. Por eso el deber de respeto a la vida se impone no solo a terceros, sino en primer lugar a su propio titular. [Por lo que a su juicio] la autoeliminación sigue siendo antijurídica”.<sup>39</sup>

También sobre el suicidio Garrido Montt señala: “conducta que es contraria al derecho en atención a que la vida es un bien no disponible, aun para el propio titular. No obstante, hay autores que piensan que no corresponde calificar como injusto el suicidio, y menos aún como delito, sería uno sin víctima y, al sancionarlo el Estado, invadiría la esfera de la intimidad, sería un atentado a la libertad”.<sup>40</sup>

Por lo anterior podemos concluir que, por razones humanitarias, el legislador ha decidido no sancionar el suicidio, pero tampoco sanciona la inducción al suicidio como otros ordenamientos jurídicos, como el caso de Argentina que en el artículo 83 del Código Penal señala: “Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que **instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo**, si el suicidio se hubiese tentado o consumado”.<sup>41</sup>

En la discusión sobre el suicidio como una actitud antijurídica que el ordenamiento jurídico no sanciona, cobra total relevancia, y hay que tener en cuenta para el debate, lo que veíamos al hablar de la concepción utilitarista de Mill del tema, el cual señalaba: “En lo que le concierne meramente a él mismo, su

---

<sup>39</sup> CORRAL, Hernán. Óp. Cit. p. 184.

<sup>40</sup> GARRIDO, Mario. *Derecho penal: parte especial*. Jurídica de Chile, Santiago, Chile, 2005. p. 128

<sup>41</sup> *Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179*. [en línea] [Fecha de consulta: julio 2020] Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>>

independencia es, por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre Su cuerpo y Su mente, el individuo es soberano”.<sup>42</sup>

Señalado lo anterior, es relevante ahora referirnos a la situación jurídica del auxilio al suicidio y la eutanasia en el ordenamiento jurídico chileno.

En primer lugar, el auxilio al suicidio se encuentra expresamente regulado en el artículo 393 del Código Penal el cual señala: “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”.

El delito de auxilio no es una figura penal nueva en el ordenamiento jurídico ya que, en 1884 bajo los comentarios de Vera, se entendía: “Empero si la lei no pena al suicida, ella tampoco podía dejar sin castigo al que, con conocimiento de causa, presta ausilio para que se realice un suicidio. Por eso el segundo inciso considera esté caso i fija la pena a este delito. Ahora si ese apoyo llega hasta el extremo de ejecutar él mismo la muerte, resultaría entonces que ya esta persona es autora de un homicidio i se castigaría conforme al núm. 2º del art. 391”<sup>43</sup>.

De lo anterior se puede dilucidar que la doctrina de esa época ya remarcaba la diferencia entre auxilio al suicidio y eutanasia, siendo actualmente el primero penado por la figura del artículo 393 (auxilio al suicidio) y la segunda, la eutanasia, considerada como un homicidio, sometida, sin más, a las normas de sanción que tipifican las diferentes variantes de homicidio, como son el homicidio simple, calificado o el parricidio, y desde el año 2020 el delito de femicidio.

Ambas figuras tanto el auxilio al suicidio como la eutanasia se consideran dentro de los delitos contra la vida como un derecho valórico y fundamental asegurado por la Constitución y tratados internacionales, por lo que la ley penal lo cautela en su título VIII y VII del libro II del Código Penal bajo los epígrafes “crímenes y simples delitos contra las personas”. De lo anterior, el derecho penal en su función de tutelar los bienes jurídicos, en este caso proteger el bien jurídico “vida”, sanciona cualquier acción que pueda afectar la vida ya que tiene la cualidad de ser, como se ha entendido, un bien jurídico indisponible. De esta forma Aguilar señala: “No se entendería la razón por la cual se castiga el auxilio al suicidio o la muerte a petición o piadosa, si la vida fuera un bien disponible para su titular”.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> TASSET, José Luis. Óp. Cit. p. 191.

<sup>43</sup> VERA, Robustiano. *Código Penal De La República de Chile, comentado por Robustiano Vera*. Imprenta de P. Cadot, Santiago, Chile, 1883. p. 605.

<sup>44</sup> AGUILAR, Cristián. *Delitos contra la vida: doctrina y jurisprudencia*. Editorial Metropolitana, Santiago, Chile, 2014. p. 18

Otra consecuencia penal que tiene la eutanasia que no ha sido mencionada hasta ahora es la figura jurídica del delito de homicidio por piedad u homicidio piadoso, la cual no se considera en el derecho chileno, esto porque en Chile esta figura no tuvo lugar desde los orígenes del código penal, ya que al redactarse y tomar como modelo el código Español, donde si está considerado el homicidio por piedad, la comisión redactora chilena decidió suprimir la norma que regulaba la muerte consentida, con el argumento de que si alguien ayuda a morir a otro hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, tal hecho indudablemente constituye un verdadero homicidio y debe ser castigado como tal.<sup>45</sup>

En otros países de la misma tradición jurídica que la chilena, si se considera este delito como una consecuencia de la eutanasia como es el caso español y la legislación alemana. De esta forma, Alemania fue uno de los tantos países que lo consideró en su ordenamiento jurídico, como una hipótesis atenuada o privilegiada de homicidio (el § 216 del Código alemán), ya que este tipo penal se castiga con una pena menor que la impuesta al homicidio al que da muerte a otro “en razón de la petición expresa y seria de este”.<sup>46</sup>

Antes de continuar, es necesario aclarar que el homicidio por piedad o piadoso, no se trata de la misma figura jurídica que el auxilio al suicidio. Como veíamos el auxilio al suicidio se refiere a quien con conocimiento de causa **prestare** auxilio a otro para que se suicide. De esta forma podemos ver que no se tratan de la misma conducta, ya que como se señaló, el homicidio por piedad se configura como un homicidio simple en nuestro país, a consecuencia de un procedimiento de eutanasia.

## **II. DISPONIBILIDAD DE LA VIDA EN EL DERECHO PENAL CHILENO.**

El Código Penal, tal como veíamos tipifica los delitos contra la vida, donde el tipo penal es el “dar muerte a otro”, y donde se encontrarían el caso de la eutanasia, considerado como un homicidio, y la figura del auxilio al suicidio. De esta forma la doctrina tradicional chilena ha sostenido de modo absoluto que el bien jurídico vida, es un bien jurídico indisponible.

De esta forma, contrario sensu sería un bien jurídico disponible, el cual su titular puede permitir su vulneración, debiendo este permiso tener efectos jurídicos.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> POLITOFF, Sergio, MATUS, Jean Pierre y RAMIREZ, María Cecilia. *Lecciones de derecho penal chileno. Parte especial*. Editorial Jurídica de Chile, Santiago, Chile, 2005, p. 41.

<sup>46</sup> ÍDEM.

<sup>47</sup> MEDINA, Rodrigo. *Manual de derecho penal*. Lexis Nexis: Abeledo Perrot: LegalPublishing, Santiago, Chile, 2007. p. 105.



Así, la doctrina ha señalado: “no procede el consentimiento del interesado en aquellos delitos que se refieren a bienes jurídicos comunes, sin un titular determinado, [...]. Tampoco procede en los delitos contra la vida, la integridad corporal y la salud, salvo por lo que toca a la autolesión. En cambio, la cooperación al suicidio es antijurídica, lo mismo que la eutanasia, o muerte consentida por la víctima”.<sup>48</sup> De lo cual claramente la solicitud de eutanasia, o un suicidio asistido, no tendría impunidad de sujeto activo, aun a pesar de la petición expresa del quien lo solicita.

Sobre esto, Garrido Montt señala que: “La protección de la vida es amplia y operará a pesar de la voluntad del titular de ese bien; porque no es un bien disponible conforme a los deseos del dueño”.<sup>49</sup>

A pesar de lo anterior, el fenómeno de la disponibilidad de la vida en determinados casos es discutido en algunas jurisdicciones extranjeras, como analizaremos más adelante, donde se ha dicho que la disponibilidad absoluta de la vida debe tener su límite en razones de humanidad, dignidad y libertad o autonomía personal. Como ya veíamos, se podría entrar a discutir una posible despenalización de acciones en que se dispone o se afecta la vida de un tercero en determinados casos.

A lo recién planteado se refiere Dworkin: “[...] es crucial para el derecho de los individuos de asumir o adoptar decisiones centrales por sí mismos, el que les permita finalizar sus vidas cuando lo deseen, al menos cuando su decisión no sea claramente irracional [...]”.<sup>50</sup>

También han señalado autores españoles respecto al suicidio: Frente a las opiniones tradicionales que vinculan la decisión a meras razones de oportunidad, que no impedirían seguir considerando antijurídico el suicidio, comparto la tesis cada vez más generalizada según la cual la impunidad del suicidio es la más directa expresión del limitado reconocimiento por parte de nuestro ordenamiento jurídico de un derecho, aunque no fundamental, a la disponibilidad de la propia vida”.<sup>51</sup>

También se ha referido a la discusión la doctrina alemana: “Como argumentos en contra de la postura citada se pronunció Enrique Ferri, quien manifestó: la sociedad, mientras el hombre vive y permanece en ella, y bajo su protección, tiene derecho de exigirle respeto de los derechos sociales, como aquella

---

<sup>48</sup> ETCHEBERRY, Alfredo. *Derecho Penal parte general tomo I*. Tercera Edición, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, Chile, 1997. p. 241.

<sup>49</sup> GARRIDO, Mario. *El homicidio y sus figuras penales*. Segunda Edición, Editorial Jurídica Conosur, Santiago, Chile, 1994. p. 117.

<sup>50</sup> DWORKIN, Ronald. *El Dominio de la Vida: una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Editorial Ariel, S.A, Barcelona, España. 1998. p. 248.

<sup>51</sup> DIEZ, José Luis. “Eutanasia y Derecho”. *Anuario de filosofía del derecho XII*. Málaga, España, 1995. pp. 83-114. p. 95.

tiene el deber de respetar los derechos individuales, en el límite recíproco de la necesidad; pero la sociedad no tiene derecho de imponer al hombre la obligación jurídica de existir o permanecer en ella”.<sup>52</sup>

De esta forma podemos notar que la discusión acerca de la disponibilidad de la vida se trata de algo reciente en el derecho, que ha ido ganando cada vez más terreno con el surgimiento del cuestionamiento al imperio y absolutismo del derecho a la vida, el cual como señalábamos al inicio del capítulo, debería tener su límite en el respeto de otras garantías constitucionales igual de importantes como es, por ejemplo, la dignidad.

También por la entrada de las figuras eutanásicas a la discusión, surge la pretensión de nuevas tendencias doctrinarias de dar valor al consentimiento del paciente, teniendo este un rol predominante en la discusión de la disposición de la vida propia en casos donde una persona en su situación personal quiere terminar su vida de forma anticipada.

### **III. CONSENTIMIENTO EN EL DERECHO PENAL CHILENO.**

En primer lugar, podríamos definir al consentimiento de la víctima como la situación en la que el titular de un bien jurídico lesionado intervino de manera previa y voluntaria en un hecho generador de aquella lesión.<sup>53</sup>

También es importante mencionar que, en toda la historia del derecho penal, el consentimiento ha tenido un rol importante, como bien señala Claus Roxin, ya en el derecho romano se encontraba la figura de “nulla iniuria est, quae in volentem fiat” (“lo que se realiza con la voluntad del lesionado, no constituye injusto”). Sin embargo, luego inspirados en la doctrina del derecho natural, se permitía que el consentimiento surtiera efecto solo en la renuncia de los derechos subjetivos, en cuanto estos estaban sujetos a la facultad de disposición del particular de ahí la intervención no atentaba contra la voluntad objetiva común. Y por el contrario la Escuela histórica del derecho rechazaba por principio la influencia

---

<sup>52</sup> CANO, Fernando., DIAZ, Enrique., MALDONADO, Eugenia. *Eutanasia: Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001. p. 270.

<sup>53</sup> GRBAVAC, Hernán. “Proyecciones de un derecho penal deliberativo sobre la relevancia jurídica del consentimiento: un análisis sobre sus límites como mecanismo para la distribución de consecuencias lesivas”. *Revista de Derecho, Escuela de Postgrado Universidad de Chile, Facultad de Derecho*. Santiago, Chile, N°9, 2017. pp. 112-133. ISSN 0719-1731. p. 121.

del consentimiento sobre la punibilidad, bajo la idea de que el derecho penal, como forma de manifestación del orden estatal no puede estar sujeto a la disposición del individuo.<sup>54</sup>

Ya en el derecho penal chileno, la doctrina dominante ha señalado que para que el consentimiento sea eficaz, se requiere que el bien jurídico sea disponible, y tal como ya hemos visto el bien jurídico protegido que es la vida se trata de uno absolutamente indisponible.

En esta línea, Ugarte, señala: “El carácter de bien indisponible de la vida cierra absolutamente la puerta a la idea absurda, tan difundida en Bioética, según la cual los atentados contra la vida, la integridad, la salud, dejarían de ser tales, mediante el consentimiento –y suele añadirse consentimiento informado- del “interesado”. La verdad es que ni el asentimiento de la víctima, ni el de la sociedad completa expresado en una ley o en una constitución política, pueden tener efecto alguno en esta materia.”<sup>55</sup>

No obstante, lo anterior, hay autores como Roxin, que se han referido sobre esto a propósito del delito de lesiones, que bastante se ha discutido el límite de su disponibilidad, cita a Schmidhäuser, quien señalaría: “Se debe castigar como lesiones las intervenciones que atentan contra la dignidad humana aun cuando haya consentimiento de la víctima. Estableciendo el mismo límite analizado anteriormente”. Sobre esto, Roxin contraargumenta lo dicho, señalando que a su parecer la dignidad del hombre debe asegurar entre otras cosas, la libertad de decisión autónoma del particular.<sup>56</sup>

También como hemos visto, en España al igual que en Chile se castiga el suicidio asistido y prácticas eutanásicas, sin embargo, sobre lo último se señala:

“Si la ejecución de la muerte del suicida (art. 143.3) se castiga con pena inferior al homicidio, cuando el que manifiesta su voluntad de morir lo hace en los términos del artículo 143.4 (contexto eutanásico), se produce una nueva atenuación para el que ejecuta su muerte. El consentimiento de la víctima no excluye la responsabilidad de quien causa su muerte, pero es eficaz en cuanto que determina una pena inferior a la del homicidio que desciende aún más si el consentimiento se produce en un contexto eutanásico”.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> ROXIN, Claus. *Derecho Penal parte general tomo I. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito*. 2º edición, traducción, Editorial Civitas S.A, Madrid, España, 1997. p. 511.

<sup>55</sup> UGARTE, José Joaquín. *El derecho a la vida. Bioética y Derecho*. Editorial Jurídica de Chile, Santiago, Chile, 2006. p. 355.

<sup>56</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 531.

<sup>57</sup> BAJO, Miguel. “Disponibilidad de la propia vida”. *Derecho Penal Universidad Autónoma de Madrid*. p. 1134.

Volviendo de igual forma a la legislación alemana, es relevante mencionar que al igual que otros países, contemplan la figura del homicidio consentido, sobre el cual volveremos más adelante, pero se debe señalar, que esta figura consta en un homicidio con menor sanción penal que un homicidio simple, ya que se considera la petición y el consentimiento del paciente para llevar a cabo una acción de un tercero como son las practicas eutanásicas o un suicidio asistido. Dicho esto, Roxin señala:

“En Derecho holandés se admite una eutanasia activa bajo ciertas garantías procedimentales, y también en Alemania destacados autores defienden sobre ciertos presupuestos (...), una despenalización limitada del homicidio a petición. En este sentido Jakobs, ha defendido la tesis de que el § 216 StGB debería ser interpretado restrictivamente de modo que únicamente abarcara muertes irracionales. Pero siendo racional el deseo de morir de una persona, su derecho a la autodeterminación debe respetarse de la misma forma que en la eutanasia indirecta o en la pasiva.<sup>58</sup>

De esta forma podemos notar, que, frente a los temas tratados hasta ahora como el derecho a una muerte digna, la disponibilidad de la vida y finalmente el consentimiento en el derecho penal, surgen muchas opiniones disidentes a lo que tradicionalmente se ha entendido sobre cada uno de ellos y a mi parecer estamos muy lejos de lograr alguna vez un consenso.

En los próximos capítulos del presente trabajo, veremos cómo desde esta base jurídica presentada sumado a las distintas posiciones que han ido ganando terreno en algunas legislaciones, se ha ido entendiendo el problema desde otra perspectiva, dando como resultado en países que revisaremos, se reconozca la necesidad de legislar sobre prácticas que medien una muerte digna, siempre teniendo en cuenta la dignidad humana, la autodeterminación y la libertad.

---

<sup>58</sup> ROXIN, Claus. “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia”. En su: *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada, España, 2001. Pp. 30-31

## **CAPITULO II: MUERTE DIGNA, CONSENTIMIENTO, CAPACIDAD, COMPETENCIA Y VOLUNTAD AL DISPONER DE LA VIDA PROPIA.**

Como pudimos dilucidar en el capítulo anterior no es extraño en el mundo médico y jurídico el concepto de muerte digna, en algunas legislaciones se considera un derecho y en otras un área en desarrollo, sin embargo, no podemos dudar de su existencia. Veámos también como surge desde el concepto de muerte digna la autonomía en la discusión. Sobre esto, es precisamente donde nos detendremos en este segundo capítulo. Veremos la importancia de la autonomía, la autodeterminación y consentimiento, ya que analizaremos quienes son las personas capaces o en otros casos incapaces para dar su voluntad en contexto de muerte digna. En este mismo sentido, revisábamos en el primer capítulo la disponibilidad de la vida y el consentimiento en el derecho penal, por lo que ahora es importante conocer quiénes son los que pueden disponer de su propia vida y dar su consentimiento, que como veremos, esto no está exento de complejidades. Y como señala Dworkin, “Es obviamente importante pensar acerca de quién debería tomar las decisiones de vida o de muerte, con qué garantías y requisitos formales y de qué manera y cómo estas decisiones, una vez tomadas deberían ser revisadas por otros”.<sup>59</sup>

### **I. AUTONOMIA Y CAPACIDAD**

Cuando se introdujo el concepto de muerte digna, se hizo alusión al concepto de autonomía, donde se citó a la filosofía utilitarista y a sus mayores exponentes, entre los cuales destaca el reconocido filósofo Peter Singer el cual al referirse a la autonomía y la eutanasia voluntaria señala, “la validez de las razones que abogan por la eutanasia voluntaria reside en esta combinación del respeto por las preferencias –o por la autonomía— de quienes se deciden por la eutanasia, con la base claramente racional de la decisión misma”.<sup>60</sup>

De esta forma y retomando la discusión sobre autonomía se entiende que, “la noción de autonomía alude a una capacidad; la capacidad de autogobierno, entendida como la capacidad de proponerse fines y tomar decisiones racionales para alcanzarlos. Si bien se trata de una capacidad gradual, se considera que existe un umbral a partir del cual se supone que un individuo posee competencia para decisiones autónomas. El principio de autonomía presupone esta capacidad mínima”.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 237.

<sup>60</sup> TASSET, José Luis. Óp. Cit. p. 181.

<sup>61</sup> RIVERA, Eduardo. *Problemas de vida o muerte. Diez ensayos de bioética*. Marcial Pons. Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., Madrid, España, 2011. p. 70.

Entrando de lleno al concepto de capacidad, este no es algo ajeno al derecho. El Código Civil en su artículo 1445 inc.2 expresa, “La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra.”. Posteriormente, señala en su artículo 1446 que “toda persona es legalmente capaz, excepto aquellas que la ley declara incapaces.”, y finalmente en su artículo 1447 establece que: “Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente”. Así, el ordenamiento jurídico es claro al distinguir quiénes son las personas que cuentan con capacidad para actuar en el mundo del derecho y quienes no, ya que establece una diferencia entre capaces e incapaces.

Esto en el derecho penal no es diferente, ya que, bajo la teoría del delito, en sede de culpabilidad, el juicio de reproche sobre una acción típica y antijurídica, se considera la imputabilidad o inimputabilidad del individuo. Así, la imputabilidad penal, será la capacidad psicológica general para realizar actos, que se denomina capacidad plena, y que se encuentra ausente por falta de desarrollo o salud mental (enajenados, menores, etc.).<sup>62</sup> De esta forma, el Código Penal, en el párrafo sobre las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal en su artículo 10 N°1 señala: el loco o demente [...] y el que por cualquier causa independiente de su voluntad se halla privado totalmente de razón. Y el N°2 señala: El menor de dieciocho años. La responsabilidad de los menores de dieciocho años y mayores de catorce se regulará por lo dispuesto en la ley de responsabilidad juvenil.

Así, ya podemos dilucidar que el derecho claramente distingue entre dos estatutos de capacidad y categorías, donde se señala explícitamente quienes, bajo el derecho, son capaces de decidir autónomamente, tomar responsabilidad por sus acciones y quienes no.

Ahora, retomando la discusión sobre derecho a una muerte digna, hay que comprender según lo explicado, que en este tipo de decisiones debemos tener en cuenta la capacidad o incapacidad de una persona para poder tomar decisiones de esta magnitud. De esta forma, en contexto de una muerte digna, se considera como autónoma, una persona que es plenamente capaz, bajo las concepciones del ordenamiento jurídico. Así, esta persona que se encuentre en un estado consciente y es competente podrá manifestar libremente y de forma autónoma su voluntad y consentimiento.

Antes de continuar con la explicación de la capacidad plena en este contexto, es relevante remarcar que hay autores, que diferencian entre los conceptos de capacidad y competencia. “Vale la pena diferenciar entre capacidad y competencia. La primera es un término jurídico semejante al concepto de capacidad

---

<sup>62</sup> ETCHEBERRY, Alfredo. Óp. Cit. p. 241.

de ejercicio en el derecho chileno. Simón Lorda señala que ‘es la capacidad de un sujeto para ejercer sus derechos’. La segunda, es un término no jurídico, que es utilizado en psicología y psiquiatría para determinar el nivel de alteración de consciencia o discernimiento de una persona.”<sup>63</sup> Desde la bioética igualmente se señala esta diferencia ya que, “es más nítido en el entorno clínico utilizar el término <<competencia>> en cuanto a la aptitud de la persona de comprender, valorar, razonar y expresar una decisión, ponderando sus consecuencias. Reservaremos el concepto <<capacidad>> únicamente para referirnos al reconocimiento legal, distinguiendo el paciente capaz del incapaz o incapacitado”.<sup>64</sup> De esta forma se trata de un tecnicismo en la práctica de la medicina, pero que, sin embargo, era necesario aclarar.

Dicho lo anterior, para comprender la discusión acerca de la capacidad plena y competencia, seguiré la clasificación que realiza Ronald Dworkin en “El dominio de la vida” donde el autor divide la discusión en tres situaciones. En primer lugar, y lo que corresponde a este apartado, es el caso de personas que se encuentran en un estado de plena conciencia y son competentes. En segundo lugar, en los siguientes apartados veremos los casos de persona en estado de inconsciencia, para luego revisar la situación de personas que se encuentran en un estado consciente, sin embargo, son consideradas incapaces e incompetentes.

#### 1. Capacidad plena: consciencia y competencia.

Explicado lo anterior, pasaremos a analizar el caso de personas que se encuentran en un estado consciente y son competentes. Estos son los casos de personas consideradas como racionales que manifiestan su voluntad, ya sea de continuar con algún tratamiento, suspenderlo, negarse o en legislaciones donde se permite solicitan expresa y conscientemente, dentro de todas sus capacidades, a un tercero terminar anticipadamente con su vida o solicitan una muerte asistida, ya que no en todos los casos la muerte se trata de algo inminente.

Para ejemplificar de qué situaciones estamos considerando bajo esta clasificación, es necesario señalar que estos son los casos de personas con enfermedades terminales, que con el uso pleno de sus facultades se niegan a un tratamiento médico que prolongue su vida, aun sabiendo que su muerte es algo inminente. También se puede mencionar otros casos que se consideran bajo esta clasificación como es el caso de personas con algunas enfermedades que durante años solo le provocan dolor, agonía y sufrimiento, y es

---

<sup>63</sup> CORNEJO, María Isabel y VALLEJO, Geovanna. “El consentimiento informado en psiquiatría. Una mirada desde el derecho en las legislaciones de Colombia, Chile y España”. *Revista de Derecho, Escuela de Postgrado, Facultad de Derecho Universidad de Chile*. Santiago, Chile, 2014. N° 5. pp. 153-178. ISSN 0719-1713. p. 155.

<sup>64</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen BECA. *Óp. Cit.* p. 205.

de su conocimiento que la enfermedad no tiene ningún tipo de solución o tratamientos que puedan disipar el dolor. También son los casos de personas con alguna discapacidad física, como es por ejemplo una tetraplejia o cuadriplejia, como fue el caso de Ramon Sampedro que comentamos en el primer capítulo.

Así, en base a lo que hablábamos anteriormente, junto con el derecho a una muerte digna y su inherente respeto por la dignidad humana, también surge a la discusión la autonomía o autodeterminación de las personas en base a sus decisiones. De esta forma y retomando nuevamente el utilitarismo, Hume señalaba que la decisión sobre una muerte digna debe ser tomada desde un punto de vista racional. Así podemos suponer que siempre teniendo en cuenta la capacidad plena, la competencia y un consentimiento informado, que veremos más adelante, se dirá que la persona se encuentra actuando racionalmente. En este sentido, “los hombres tienen derecho a acabar con su vida cuando consideran desde un punto de vista racional que dicha vida no les proporcionará más que sufrimiento”.<sup>65</sup>

Siguiendo ahora con lo planteado por Ronald Dworkin, este menciona y agrega que, junto a la importancia de la autonomía de la persona, es importante también tener en cuenta y considerar los mejores intereses de los pacientes. Así, en cuanto a los casos de personas conscientes, y que manifiestan su voluntad expresamente, critica el paradigma paternalista que existe en la sociedad en cuanto a la negativa de una posible terminación anticipada de la vida, solicitada por una persona racional, ya que señala, “pensamos que [el paciente] no conoce cuáles son sus propios intereses, y que nosotros conocemos mejor qué es lo mejor para él”.<sup>66</sup> De esta forma Dworkin introduce el mejor interés del paciente, refiriéndose a lo que este como una persona racional considera que es la mejor forma de vivir. Sobre esto, volveremos cuando se trate los casos de personas que no pueden expresar su voluntad.

Siguiendo con la manifestación de voluntad de personas con plena capacidad, tenemos que retomar lo señalado por la sentencia C-237 de 1997 de la Corte Constitucional de Colombia donde veíamos, se reconoce el derecho a una muerte digna como un derecho fundamental, despenalizando de esta forma la eutanasia activa. Así como reconoció lo anterior, señaló de igual forma quienes eran las personas que podían solicitar una muerte digna mediante un procedimiento de eutanasia, dejando así el precedente para que se regulara a futuro en el país esa posibilidad.

De esta forma, en la sentencia hace referencia al procedimiento de eutanasia en caso de personas que sufren de una enfermedad terminal que le produce dolores tan insoportables, que la persona decide finalmente por una muerte anticipada. Así, la Corte señala:

---

<sup>65</sup> TASSET, José Luis. Óp. Cit. p. 173.

<sup>66</sup> DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 251.



“No sobra recordar que el consentimiento del sujeto pasivo debe ser libre, manifestado inequívocamente por una persona con capacidad de comprender la situación en que se encuentra. Es decir, el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión”.<sup>67</sup>

Señalado lo anterior, es importante igualmente referirse al complicado caso de personas con capacidad plena, o sea conscientes y competentes como ya veíamos, pero que no se encuentran en un estado terminal o alguna enfermedad que les produzca dolores físicos insoportables, como lo son personas que se encuentran en un estado de parálisis, como la tetraplejia o cuadriplejia. Se trata de casos complicados porque como veíamos la gran mayoría de las veces para un procedimiento de eutanasia se pide que exista una enfermedad de tipo terminal o un dolor físico potente y constante. Entonces, como en estos casos se trata más bien de un dolor y sufrimiento psicológico, muchas veces no es considerado como un supuesto para una muerte, ya no anticipada, sino una muerte asistida, ya que se trata de personas que no pueden terminar con su vida de forma independiente. Esta situación se contempla en legislaciones que no lo permiten, a diferencia de Suecia, por ejemplo, que analizaremos más adelante, como un delito de auxilio al suicidio o homicidio piadoso, dependiendo como se lleve a cabo la ayuda. Este precisamente fue el caso ya mencionado de Ramon Sampetro.

Otro caso conocido a nivel mundial y que marcó un precedente, es el de Nancy B, en Canadá, donde el Juez Duport, de Quebec, en una importante decisión en enero de 1992, estableció que los individuos que no pueden ser calificados de moribundos tienen, no obstante, el derecho a solicitar que se interrumpan los soportes vitales, (alimentos, respiración, etc.) si consideran que la vida les resulta intolerable en las circunstancias en las que deben vivirla. Nancy B., de veinticinco años, era víctima de una rara enfermedad neurológica, por la cual se encontraba paralizada desde el cuello hacia abajo. Le pidió al juez que le ordenara a su médico interrumpir el respirador artificial que la mantenía con vida, ya que podía continuar viviendo con el respirador por muchos años, pero ella quería morir. Finalmente, el juez accedió a su petición, por lo que el funcionamiento del respirador artificial fue interrumpido y murió en febrero de 1992.<sup>68</sup> De esta forma quedó un fuerte precedente jurisprudencial en el mundo, en cuanto a la situación de personas que no se encuentran en un estado terminal. Quedando y siendo consideradas estas en la discusión sobre el derecho a una muerte digna.

---

<sup>67</sup> *Derecho a morir dignamente* [en línea]. [Fecha de consulta: septiembre 2020]. Disponible en: <  
<https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>

<sup>68</sup> DWORKIN, Ronald. *Op. Cit.* p. 240.

## 2. Casos de muerte digna y voluntad expresada.

Aclarada la situación de quiénes se consideran como personas conscientes, con capacidad plena y competentes y quiénes son las personas que pueden manifestar su voluntad expresamente, dar su consentimiento y tomar las decisiones autónoma y racionalmente, teniendo siempre en cuenta su mejor interés, ahora pasaremos a conceptualizar qué decisiones pueden tomar los pacientes en un contexto médico de muerte digna. Veremos las diferentes clasificaciones que hace la doctrina, para las “opciones” que tienen los pacientes de dar su voluntad, en cuanto a negarse, suspender, o emplear un tratamiento que pueda dar con una muerte anticipada, o directamente adelantar su muerte. Para esto, es necesario aclarar que nos estaremos refiriendo solamente a clasificaciones de eutanasia, ya que como hemos visto se trata de una figura diferente al auxilio al suicidio u homicidio piadoso, y estos cobran relevancia solo en el análisis de eutanasia activa.

### 2.1. Eutanasia: concepto y clasificación.

Dicho lo anterior y ya entrando en lo central, es importante analizar la eutanasia ya que es uno de los medios o procedimiento más directo en el contexto de una muerte digna. Existen diferentes clasificaciones según sea el procedimiento que se esté llevando a cabo y la manifestación de voluntad que realizó el paciente, ya que siempre será la decisión del paciente el requisito directo para el tipo de eutanasia que se realice. Para llevar a cabo el análisis seguiremos la conceptualización de eutanasia que configura Claus Roxin.

En primer lugar, Roxin, señala dos formas de cómo se puede entender y definir la eutanasia, recurriendo a un sentido amplio y restringido. “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”.<sup>69</sup>

En la doctrina chilena, también se ha esbozado algunas definiciones. Así, Politoff, Matus y Ramírez, la definen como, “el acto de apresurar el proceso de la muerte del que padece de una enfermedad incurable,

---

<sup>69</sup> ROXIN, Claus. “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia”. En su: *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada, España, 2001. Pp. 30-31

mediante la aplicación o la omisión de un tratamiento médico, con el propósito de ahorrar una muerte dolorosa al paciente que reclama una muerte digna y sin sufrimiento.<sup>70</sup>

Otra definición dada por la doctrina penal chilena es la planteada por Juan Pablo Mañalich: “El concepto genérico de eutanasia [...]: por “eutanasia” cabe entender el condicionamiento de la muerte de una persona que padece una enfermedad terminal, o bien una enfermedad grave, progresiva e irreversible, a solicitud de ella, por parte de un profesional de la salud”.<sup>71</sup>

Definida la eutanasia, es relevante, antes de ver las clasificaciones a analizar, mencionar que existe otra clasificación que se etiquetan como “eutanasia voluntaria”, “eutanasia involuntaria” y “eutanasia no-voluntaria”. Se señala que estas corresponden respectivamente: (a) habiendo, (b) no habiendo, pero pudiendo haber habido, o (c) no pudiendo haber una manifestación de voluntad conforme por parte del paciente. Así, se entiende que la involuntaria y la no-voluntaria tienen en común la inexistencia de una manifestación de voluntad por parte del paciente, en tanto que la eutanasia voluntaria y la eutanasia involuntaria tienen en común la capacidad (o “competencia”) del paciente para manifestar una eventual voluntad conforme.<sup>72</sup>

Dicho lo anterior, es importante recordar que en este apartado estamos tratando tipos de eutanasia voluntaria, es decir, casos donde la decisión la toma el paciente directamente de forma consciente manifestando expresamente su voluntad, lo que se diferencia claramente de la eutanasia involuntaria que sería en los casos donde se atiende a la voluntad presunta o declarada anteriormente por el sujeto pasivo, que analizaremos más adelante. Finalmente, es necesario aclarar que no se tratará la eutanasia no-voluntaria ya que en esta no hay una manifestación de voluntad expresa y consiente ni tampoco una presunta o declarada anteriormente.

## 2.2. Eutanasia “pura”

Siguiendo la conceptualización de Roxin, este la define como la que se lleva a cabo “en el caso en que a un moribundo se le administran medios paliativos del dolor que no tienen por efecto un acortamiento de

---

<sup>70</sup> POLITOFF, Sergio, MATUS, Jean Pierre y RAMIREZ, María Cecilia. Óp. Cit. p. 37.

<sup>71</sup> MAÑALICH, Juan Pablo. *Estudios sobre la parte especial del derecho penal chileno*. Thomson Reuters, Legal Publishing, Santiago, Chile. 2020. p. 128. Mañalich se remite a Rivera López, 2011, 48 y s., 68: “es una conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él, todas las cosas consideradas”.

<sup>72</sup> IDEM.

la vida. Naturalmente, esta es una conducta impune cuando se practica por deseo o con la aprobación del paciente”.<sup>73</sup>

Es relevante decir, que este tipo eutanásico, es una práctica totalmente aceptada en el mundo y en la legislación chilena, ya que no existe una muerte anticipada, sino que solo, es un tratamiento médico para mitigar el dolor de una enfermedad terminal. Sin embargo, es necesario y esencial como en toda eutanasia voluntaria que sea el paciente el que manifieste su voluntad expresamente sobre si es este es el tipo de tratamiento que quiere seguir. A pesar de lo anterior, igualmente se puede considerar como regla general una voluntad presunta cuando el paciente no puede realizar una declaración de voluntad o una de forma responsable, siempre y cuando se trate solo de una mitigación del dolor.<sup>74</sup>

### 2.3. Eutanasia indirecta.

“Se trata del tipo de eutanasia cuando sobre un enfermo terminal se aplican medidas paliativas del dolor, a pesar de que éstas pueden acelerar el acaecimiento de la muerte”.<sup>75</sup> De esta forma, podemos notar que estamos ante un tipo de eutanasia que concurre en los casos en que el médico en su rol de mitigar los síntomas del dolor aplica medicamentos o tratamientos que tienen como efecto indirecto un acortamiento de la vida del paciente. La admisión de este tipo de eutanasia ha sido reconocida tanto por la doctrina jurídica laica, eclesiástica, como por la propia praxis médica. Lo anterior tiene reconocimiento en nuestro país ya que el inciso segundo del artículo 23 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile señala conforme a la *lex artis* que “El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida.”<sup>76</sup>

Volviendo a Roxin, este menciona que si la eutanasia indirecta es impune se debe a que, junto a la voluntad del paciente, orientada a un resultado concreto, se añade la consideración de que, dado el caso, el deber de alargar la conservación de la vida cede frente a la obligación de atenuar el sufrimiento. [...]. Así mismo, remarca que es decisivo que el paciente pueda expresar y manifestar hasta ese punto, su voluntad.<sup>77</sup>

---

<sup>73</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 5.

<sup>74</sup> IDEM.

<sup>75</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 7

<sup>76</sup> *Código de ética, Colegio Médico de Chile A.G.* [en línea] [fecha de consulta: septiembre 2020] Disponible en: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf)

<sup>77</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 8.

## 2.4. Eutanasia pasiva

“Se habla de eutanasia pasiva 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”.<sup>78</sup>

Roxin, a continuación, señala que los efectos jurídicos de la omisión de medidas que alargan la vida, que se efectúan por deseo del paciente, queda impune ya que resulta inadmisibles tratar a un paciente en contra de su voluntad. Si un paciente se niega o se rehúsa a determinado tratamiento, debe respetarse su decisión ya que la voluntad del paciente es decisiva incluso en situaciones donde pudiera parecer a espectadores objetivos una actitud irresponsable.<sup>79</sup> Luego señala: “debe admitirse que toda voluntad responsable del paciente se corresponde con la eutanasia pasiva”. Y continúa, “más bien depende de si normativamente es interpretable como un cese del tratamiento, pues entonces existe una omisión en sentido jurídico que, al apoyarse en la voluntad del paciente, resulta ser impune”.<sup>80</sup>

En Chile lo anterior tiene un tratamiento semejante, ya que por mandato ético del art. 23 inc. 3 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile, este señala: "Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito que el médico, en conciencia, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días".<sup>81</sup> De lo anterior Politoff, Matus y Ramírez han señalado: “Con razón, se admite entre nosotros que, aunque esta decisión -que responde a la idea de eutanasia pasiva- importe la desconexión de los medios de mantenimiento artificial de la vida, no podrá castigarse al médico que la practica como homicida, entendemos aquí, por realizarse tales actos conforme a la *lex artis*”.<sup>82</sup>

Retomando a Roxin, este señala y refiere igualmente a los casos donde la interrupción del tratamiento se lleve a cabo por un particular y ya no un médico. Sobre esto, Roxin señala: “De haberse enjuiciado este caso [...], habría existido un homicidio a petición punible. Por el contrario, considerada la interrupción técnica del tratamiento como una eutanasia pasiva aplicada con la aprobación del paciente, el marido

---

<sup>78</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 12

<sup>79</sup> IDEM.

<sup>80</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 15

<sup>81</sup> *Código de ética, Colegio Médico de Chile A.G.* [en línea] [fecha de consulta: septiembre 2020] Disponible en: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf)

<sup>82</sup> POLITOFF, Sergio, MATUS, Jean Pierre y RAMIREZ, María Cecilia. Óp. Cit. p. 39.

queda impune”.<sup>83</sup> Lo anterior, se trata de un caso más complejo en la doctrina y la jurisprudencia, pero es algo que cada vez se discute con mayor frecuencia. Sobre esto volveremos en el capítulo de derecho comparado, para analizar cómo legislaciones que han despenalizado la eutanasia, regulan situaciones donde es un particular, normalmente un familiar, el que lleva a cabo un procedimiento de eutanasia.

Finalmente, para ahora pasar a una figura compleja como es la eutanasia activa, es relevante quedarse con las palabras de Politoff, Matus y Ramírez sobre los tipos de eutanasia tratados hasta ahora. Ellos señalan que, “Ponen el derecho de autodeterminación del paciente en primer plano y, como ya hemos visto, parecen coincidir 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”.<sup>84</sup>

## 2.5. Eutanasia activa

Roxin desde un análisis del tratamiento penal de la eutanasia activa señala: “De acuerdo a la opinión completamente indiscutida y dominante, tanto de lege lata como de lege ferenda, la eutanasia activa, en el sentido de dar muerte a un moribundo o persona gravemente enferma, es inadmisibles y punible de conformidad con el Derecho vigente”.<sup>85</sup>

En Chile lo anterior, en cuanto al problema anterior, se señala: “Diferente es la situación en que no se trata de omitir un tratamiento en principio inútil o de aliviar los sufrimientos de un paciente en estado terminal, sino de abreviar la vida de quien, teniendo aún amplias perspectivas de sobrevivencia, no puede, sin embargo, llevar dicha sobrevivencia dignamente”.<sup>86</sup>

Ahora, para seguir con el tratamiento penal que tiene la eutanasia activa que, como hemos visto, se trata de la situación donde se ayuda activamente a morir a otro a petición de este último, la cual como hemos visto es imputable en países donde no es legal, como es el caso de Chile. De esta forma, como veíamos en el capítulo anterior, al analizar la situación penal de la muerte digna, señalábamos que una hipótesis de eutanasia activa en nuestro país se sanciona como un homicidio, quedando sometido, sin más, a las normas de sanción que tipifican las diferentes variantes de homicidio. Así mismo, analizábamos que en nuestro país a diferencia de lo que ocurre en Alemania, no se considera la eutanasia activa como una

---

<sup>83</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 16.

<sup>84</sup> POLITOFF, Sergio, MATUS, Jean Pierre y RAMIREZ, María Cecilia. Óp. Cit. p. 42.

<sup>85</sup> ROXIN, Claus. Óp. Cit. p. 25.

<sup>86</sup> IBID. p. 40.

hipótesis atenuada o privilegiada de homicidio (el § 216 del Código alemán), conocido como homicidio piadoso u homicidio por piedad, en el cual se castiga con una pena menor que la impuesta al homicidio al que da muerte a otro “en razón de la petición expresa y seria de este”.<sup>87</sup>

En Alemania, como vimos no hay una regulación o despenalización de la eutanasia por lo que los casos quedan tipificados bajo la figura del homicidio por piedad. Sin embargo, es inusual la situación ya que a diferencia de lo que ocurre en Chile, no está penalizado el auxilio al suicidio, siendo una conducta no sancionada por el derecho penal, como lo señala Jakobs: “el Derecho penal alemán, también la participación de terceros en el suicidio está libre de pena. Así, por ejemplo, quien le proporciona a una persona que no quiere vivir más, un veneno que la misma se inyecta, no es castigado por esta contribución al suicidio. Sin embargo, quien pone directamente la inyección al cansado de vivir – y probablemente incapaz para actuar – ante su apremiante petición, si es castigado como autor de un delito de homicidio a petición”.<sup>88</sup>

De lo anterior podemos notar que es interesante el caso de Alemania ya que es uno de los pocos países donde esta conducta no se encuentra sancionada, pero si penaliza la eutanasia activa. Sin embargo, como en muchos países de Europa y en el mundo es una discusión en desarrollo, ya que como hemos visto y se volverá a retomar en el siguiente capítulo, hay países donde la eutanasia en cualquiera de sus tipos y el auxilio al suicidio son acciones legales y despenalizadas.

De lo analizado hasta ahora, sobre las clasificaciones de eutanasia, podemos notar que es fundamental para su tratamiento el consentimiento o voluntad expresa del paciente que está solicitando ya sea una eutanasia activa, pasiva, indirecta o pura u otro tipo de decisiones que se tomen. Hemos visto, que depende enteramente de la capacidad de decisión que tenga la persona y de su voluntad, lo que se lleve a cabo bajo el equipo médico. De esta forma, podemos señalar que mientras la persona este consciente, sea capaz y competente, junto con un consentimiento informado por parte del equipo médico, podrá tomar la decisión que estime conveniente y así acceder a una muerte digna, que como hemos visto se trata de un derecho fundamental inherente a todas las personas.

Así también, hoy en día se busca en la realidad clínica, que los pacientes sean más instruidos y estén capacitados para tomar decisiones sobre su salud. Ello implica abandonar el llamado modelo paternalista, que prescribe la asistencia al paciente buscando lo que es mejor para su salud solo desde la perspectiva

---

<sup>87</sup> IBID. p. 41.

<sup>88</sup> JAKOBS, Günther. *Suicidio, eutanasia y derecho penal*. Valencia, 1999. p. 25.

del médico, al modelo de la autonomía, que toma en consideración los valores y creencias del paciente como elementos principales para la determinación de las decisiones finales.<sup>89</sup>

### 3. Crítica a la capacidad plena

Analizado lo anterior es importante referirse ahora a las críticas que existen a todo lo ya mencionado sobre la capacidad, consciencia y competencia que tiene una persona en los últimos momentos de su vida, como son los casos de un enfermo con una enfermedad terminal, o una persona que la acongoja fuertes dolores y lleva una vida de agonía, o la capacidad y competencia de persona en situación de parálisis que ha estado en ese estado durante años.

Veíamos que, en estos casos las personas capaces, consientes y competentes tienen la opción de decidir racionalmente sobre sus propias muertes o tratamientos médicos, de esta forma se está respetando su autonomía y autodeterminación. Pero muchas veces críticos de la eutanasia y la posible disponibilidad de la vida, dudan de la plena consciencia y capacidad que pueda tener una persona en las situaciones ya mencionadas. E incluso, se señala que pueden existir factores externos que podrían influir en la decisión de la persona y no tomar una decisión en base a su mejor interés.

Sobre esto Dworkin señala: “Algunos opositores a la eutanasia también apelan a la autonomía: se preocupan porque, si se legalizara la eutanasia, sería posible privar de la vida a personas que realmente quieren continuarla. [A lo que Dworkin señala que una norma que regulara la eutanasia tendría como mínimo que se haya expresado claramente su deseo de morir]. Pero alguien que esté afectado de una enfermedad terminal y cuyo cuidado sea caro u oneroso o cuya situación sea angustiante para sus parientes y amigos puede sentirse culpable por el dinero y atención que se le dedica”.<sup>90</sup>

Lo último señalado, es blanco de las críticas de opositores de la capacidad plena en el caso de personas en estado terminal, que solicitan voluntariamente que se termine con su vida, ya que se tiende a pensar por algunos autores que una persona en ese estado no se encuentre con la plena capacidad que caracterizan la decisión autónoma y sea influenciado por factores ajenos a él.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup>ZUÑIGA, Alejandra. “La nueva ley de derechos del paciente: cambiando el paradigma de la relación entre el paciente, el médico y el juez”. *Anuario de Derecho Público Universidad Diego Portales*. Santiago, Chile, 2012. pp. 273-288. p. 274.

<sup>90</sup>DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 248.

<sup>91</sup>RIVERA, Eduardo. Óp. Cit. p. 74.



De esta forma, los factores incapacitantes internos serían el sufrimiento, la cercanía de la muerte, la angustia. Mientras que externos podrían ser el entorno que se relaciona con el enfermo, donde este se puede llegar a sentir como una carga, o el entorno podría presionarlo implícitamente a aceptar la eutanasia. O incluso podría existir una presión social en la medida que un enfermo terminal es considerado como una carga o costo social.<sup>92</sup>

Bajo lo anterior, es posible que la situación en que se encuentra un enfermo terminal puede afectar la manera en que toma sus decisiones. Sin embargo, parece un tanto extremo y más bien paternalista, señalar que una persona que se encuentra en ese estado no pueda tomar una decisión tan importante como es una decisión en contexto de muerte digna. También es importante recordar que se debe considerar siempre en estos casos, el mejor interés del paciente, esto porque, se señala que quién más que el mismo paciente sabrá lo que es mejor para él ya que, no se trata de un interés trivial, sino que muchas veces la decisión viene de convicciones personales del paciente acerca del valor de su propia vida.

También, como hemos visto, una persona en ese estado puede decidir por una posible eutanasia “pura”, indirecta o pasiva, que son aceptadas y respetadas por la gran mayoría de ordenamientos jurídicos, siempre que la persona esté completamente consciente y sea competente. También como veremos en el siguiente capítulo, en los países donde está regulada la eutanasia activa, hay protocolos y regulaciones donde uno de los puntos esenciales a considerar es la voluntad expresa del paciente, y se produce una evaluación caso a caso, por lo que, *a priori* se podría hablar de que en cuanto a competencia y capacidad en personas que se encuentren en estado terminal, esta es considerada como tal y respetada en la gran mayoría de las legislaciones.

## **II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES.**

Como veíamos en el apartado anterior, la capacidad y competencia son fundamentales para una persona que se encuentra frente a la situación de solicitar una muerte digna, ya que los pacientes tienen el derecho de manifestar su voluntad sobre el tratamiento que a su parecer sea el mejor. Pero al mismo tiempo, veíamos que es fundamental que el paciente tenga toda la información relevante sobre su diagnóstico, para así, dar un consentimiento informado, que es considerado como un presupuesto fundamental en la toma de decisiones en la práctica clínica y en contexto de muerte digna.

---

<sup>92</sup> RIVERA, Eduardo. Óp. Cit. p. 75.

El consentimiento informado es un tema muy estudiado en la disciplina de la bioética, donde se define como, “un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación profesional-usuario, en virtud del cual el sujeto capaz recibe una información suficiente y comprensible que así le permita participar voluntaria y activamente, junto con el profesional implicado, en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su posible enfermedad. Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras, en función de los objetivos que el mismo establezca, sin menoscabo de los derechos de los demás.<sup>93</sup> Asimismo, la doctrina lo ha definido como “la autorización libre, voluntaria y consciente que el paciente mediante una decisión autónoma otorga al médico para que realice un procedimiento, tratamiento o investigación relacionados con la salud de aquel”.<sup>94</sup>

Dicho esto, el consentimiento informado, surge dentro del contexto de la obstinación terapéutica, para contrarrestar estas prácticas y consagrar la limitación del esfuerzo terapéutico con el objeto de evitar el encarnizamiento médico.<sup>95</sup> Pero también, surge como una acción mínima del médico o equipo médico. Así, es imperativo que el médico cumpla con su tarea primaria y esencial de informar al paciente todo lo necesario y fundamental, para que este antes de someterse a algún tratamiento tome una decisión racional, informada y responsable. Así se ha señalado: “El derecho al consentimiento libre e informado, en su acepción más fundamental, incluye el derecho a dar el consentimiento competente, desengañado y voluntario a someterse al tratamiento como también el derecho a retirarse del mismo en todo o parte.”<sup>96</sup>

Retomando el caso de Colombia, la Corte Constitucional reconoció en 1997 el derecho a una muerte digna, así también señala quiénes y cómo deberán acceder a la muerte digna. De esta misma forma la sentencia, posiciona al consentimiento libre, informado e inequívoco como un presupuesto para hacer efectivo el derecho a morir dignamente. Lo anterior fue recogido por la sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional, donde señala: “el consentimiento debe ser informado, motivo por el cual los especialistas deben brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que no se tomen decisiones apresuradas pues de lo que se trata es de disponer de la vida misma del ser humano. [...] mediante este requisito se busca asegurar que la decisión del paciente de provocar su muerte sea consistente y sostenida”.<sup>97</sup>

---

<sup>93</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 200.

<sup>94</sup> CORNEJO, María Isabel y VALLEJO, Geovanna. Óp. Cit. p. 154.

<sup>95</sup> ZÚÑIGA, Alejandra. “Derechos del paciente y eutanasia en Chile”. *Revista de Derecho*. Chile. Vol. XXI – N°2, 2008. pp. 111-130. p. 121.

<sup>96</sup> IBID. p. 130.

<sup>97</sup> *Derecho a morir dignamente* [en línea]. [Fecha de consulta: septiembre 2020]. Disponible en: <https://derechoamrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2014-setencia-t970.pdf>

De esta forma, podemos ver que tal como señala la Corte Constitucional de Colombia, la existencia de un consentimiento informado y el apoyo del equipo médico tiene como tarea fundamental ayudar a que la persona tome una decisión racional, teniendo toda la información bajo su conocimiento sobre la condición en la que se encuentra. Así se estaría protegiendo la vida del paciente, su dignidad y su voluntad y autonomía. De esta forma, para que el consentimiento sea válido el paciente debe tener capacidad de comprensión y tomar las decisiones en forma libre y sin coacción ni manipulación.<sup>98</sup>

En nuestro país, la ley 20.584 de los derechos y deberes de los pacientes en su atención en salud, promulgada el año 2012, dio un reconocimiento positivo en Chile al derecho al consentimiento informado como expresión del derecho a la autonomía, en su artículo 14 y siguientes. En su momento cuando se trataba solo de un proyecto de ley, se reconocía la importancia de este por parte de la doctrina. Así lo señala Alejandra Zúñiga:

“El proyecto comienza resaltando su objetivo de velar por la dignidad de las personas, lo que se traduce en el respeto por su autonomía y control sobre el propio cuerpo. Se buscaría reconocer un espacio de soberanía personal, sin ir más allá de los consensos nacionales e internacionales sobre la materia. En ese contexto reconoce, en los artículos 14 y siguientes, el ‘Derecho de las personas a decidir informadamente’, lo cual no es más que la consagración del derecho de toda persona a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud”.<sup>99</sup>

En cuanto a la ley 20.584 retomaremos la discusión más adelante en la tesis. Ahora pasaremos a ver las voluntades anticipadas y cómo estas permiten un trato digno de acuerdo con la propia valoración de dignidad que tenga el paciente.

### **III. VOLUNTAD ANTICIPADA.**

Hasta ahora hemos visto los casos de personas conscientes, racionales y competentes, que dan su consentimiento informado haciendo valer su autonomía y dignidad. De esta forma, *a priori*, no deberían existir problemas ya que existe un consentimiento informado, es decir, la persona con conocimiento de causa y racionalmente está manifestando su voluntad. Sin embargo, ahora entraremos a analizar los casos donde es imposible que la persona pueda manifestar su voluntad o desde un punto de vista psicológico

---

<sup>98</sup> ASTETE, Carmen. “Sobre las voluntades anticipadas”. *Taller realizado en el V seminario de Bioética. Academia Chilena de Medicina*. Santiago, Chile. pp. 431-439. p. 437.

<sup>99</sup> ZÚÑIGA, Alejandra. *Óp. Cit.* p. 119.

la persona es capaz, pero se encuentra en un estado donde no es considerada como susceptible de consentir.

Estos casos son estudiados en la doctrina, y existen diferentes formas de entender el fenómeno y diferentes soluciones a este. Lo anterior corresponde al siguiente apartado (casos complejos de manifestación de voluntad), sin embargo, primero es esencial revisar el concepto de voluntad anticipada, documentos de voluntad anticipada o testamentos vitales, conocidos en el mundo anglosajón como *living will*. De esta forma, revisado el concepto y métodos de voluntad anticipada, en el siguiente apartado podremos entender cómo una persona, por ejemplo, en estado vegetativo persistente, o con una demencia desarrollada, pudieron en el pasado siendo capaces y competentes manifestar su voluntad, la cual en el presente debe ser respetada.

Para ilustrar lo anterior, Dworkin señala:

Cada vez más aumenta el número de los que advertimos la importancia de tomar decisiones por adelantado [...]. Actualmente, cualquier estado de Estados Unidos admite algunas formas de establecer al respecto directivas por adelantado, ya sean testamentos de vida —documentos que estipulan que algunos procedimientos médicos especificados no deberían ser usados para mantener al firmante vivo en ciertas circunstancias determinadas— o «poderes para el cuidado de la salud», esto es, documentos que autorizan a otro individuo para que tome decisiones de vida y de muerte cuando el firmante ya no las pueda adoptar. Y todos sabemos que podemos tener que tomar semejantes decisiones [...], en lugar de otros que no han suscrito testamentos de vida o un poder de ese tipo”.<sup>100</sup>

Como podemos dilucidar de lo anterior, existen mecanismos para que las personas puedan expresar su voluntad en el momento que se encuentran en un estado capaz, consciente y competente. Estos métodos son conocidos como documentos de voluntad anticipada, instrucciones previas o más comúnmente “testamento vital”. Desde la perspectiva de la bioética se señala que este documento se concibe como un instrumento que permite a la persona tomar decisiones, con carácter previo, sobre la asistencia o trato que desea recibir en un contexto médico, para ser aplicadas cuando ya no tenga capacidad alguna para intervenir por sí mismo.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 234.

<sup>101</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 213.

Se entiende igualmente que, “las voluntades anticipadas son un documento que contiene una declaración mediante la cual una persona mayor de edad, con capacidad mental suficiente y libremente expone las instrucciones que se deben tener en cuenta respecto a la atención en salud que desea recibir en situaciones en las cuales no pueda ya expresar personalmente su voluntad.”<sup>102</sup>

Las voluntades anticipadas o testamentos vitales a pesar de ser un tema recurrente en la bioética y la doctrina, en Chile estos no tienen cabida. Ahora no entraremos en detalle sobre la situación chilena ya que se analizará en el capítulo cuarto de la memoria, pero donde si nos detendremos para demostrar la importancia de la institución, es en España. Al igual que en Chile, en su legislación está sancionada penalmente la eutanasia y el auxilio al suicidio. Sin embargo, y a pesar de esto, desde el año 2002 reconocen y aceptan jurídicamente los documentos de voluntad anticipada o testamentos vitales. Esto por la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula en su artículo 11 el documento de instrucciones previas que se define como aquel mediante el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.<sup>103</sup>

De esta forma, en España, para que un testamento vital tenga reconocimiento se puede realizar de diferentes formas, en primer lugar, se recomienda que el documento se registre. También es posible redactar un documento privado ante testigos que la familia pueda enseñar al personal médico o finalmente se puede realizar un documento ante notario que tiene coste económico y que puede incluir el proceso de registro. En la práctica, cada Comunidad Autónoma, tiene sus diferencias, que puede ser algo tan técnico como el nombre que recibe la institución, como algo tan esencial como es la formalidad que se debe realizar para que tenga valor.<sup>104</sup>

Es relevante igualmente mencionar que lo anterior se trata de un proceso formal en España, ya que por el Real Decreto 124/2007, se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP) donde es el Ministerio de Sanidad quien publica estadísticas actualizadas sobre los testamentos vitales activos en España, desglosados por comunidad autónoma de residencia, edad y sexo del/de la otorgante.

---

<sup>102</sup> ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 433.

<sup>103</sup> *Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Registro Nacional de Instrucciones Previas* [en línea] [fecha de consulta: septiembre 2020] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>

<sup>104</sup> *Diario constitucional. Noticias, opinión. El testamento vital: En mi muerte mando yo.* [en línea] [fecha de consulta: septiembre 2020] Disponible en: <https://www.diarioconstitucional.cl/2019/06/25/testamento-vital-en-mi-muerte-mando-yo/>

De esta forma, podemos dilucidar que el documento de instrucciones previas constituye en España un método absolutamente regulado y aceptado por las autoridades y la población. Es importante mencionar que estos medios, como ya hemos señalado, son uno de los tantos métodos que en esta materia nos convoca como una expresión del respeto a la autonomía y dignidad de las personas que por este método pueden decidir sobre aquellos cuidados y tratamientos que desean recibir o no en el futuro si se encuentran ante una determinada circunstancia o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos. Así, no solo permite al paciente influir en las futuras decisiones asistenciales, sino que facilita a los profesionales de la salud la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo cuando este no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo.

Lo anteriormente señalado, ha sido considerado en nuestro país por la doctrina, que ha señalado: “La exigencia de instaurar el Testamento Vital en nuestra Legislación es parte de la lucha por el reconocimiento del derecho a la muerte digna, entendiendo por muerte indigna aquella que prolonga inmisericordemente la vida por medios artificiales, en la que ésta se escapa dolorosa y lentamente y se da una prioridad sólo a las funciones fisiológicas y ya no a la persona como un total”.<sup>105</sup>

Así, analizado el concepto de voluntad anticipada como un medio para que personas con plena capacidad puedan dar a conocer su voluntad antes de que se les considere como una persona incapaz de dar su consentimiento, veremos a continuación los casos donde estos documentos pueden tener una relevancia fundamental, como son los casos que se consideran por la doctrina y la bioética, como complejos, al no poder la persona manifestar consciente y competentemente su voluntad. Al igual que veremos qué sucede en los casos donde la persona no manifestó su voluntad de forma anticipada, no pudiendo ella ya hacerlo, teniendo que otra persona hacerse cargo de la voluntad presunta del paciente.

#### **IV. CASOS COMPLEJOS DE MANIFESTACION DE VOLUNTAD.**

Como hemos visto hasta este punto, la capacidad es un presupuesto fundamental para un consentimiento informado en las manifestaciones de voluntad de los pacientes en la práctica clínica. “En principio, el único competente para ejercer el derecho a la autonomía, decidir sobre su salud, vida y tratamiento, es el paciente; además desde el punto de vista jurídico-penal es en el paciente sobre quien recae la titularidad de los bienes jurídicos que podrían verse afectados con la intervención médica. Sin embargo, [...] el

---

<sup>105</sup> GARAY, Osvaldo. “El testamento vital. Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y al ensañamiento terapéutico”. *Revista de Derecho de la Universidad Católica de Valparaíso XXII*. Valparaíso, Chile, 2001. pp. 341-357. p. 349.

consentimiento solo será válido cuando el sujeto tiene capacidad de decisión, lo que implica que van a existir situaciones en las que no podrá consentir.<sup>106</sup>

Estas situaciones que se mencionan son conocidas en el derecho y la bioética, y se entiende que una persona no podrá consentir por razones de minoría de edad, trastorno mental o estados de inconciencia temporal o permanente a causa de una enfermedad o accidente, casos en los cuales el consentimiento estará a cargo del representante legal o en su defecto de familiares o terceros allegados al paciente.<sup>107</sup>

Frente a la situación descrita, cobra vital relevancia lo analizado en el apartado anterior, ya que en casos donde la persona no puede manifestar su voluntad en el presente, son los documentos de voluntad anticipada o testamentos vitales los que permiten conocer la voluntad del paciente con anterioridad a la ocurrencia de una enfermedad o accidente grave, y como es la misma persona la que toma la decisión bajo su voluntad siendo plenamente capaz, libera a los demás agentes comprometidos, como médicos, familiares y tribunales, de la enorme carga que significa tomar ese tipo de decisión a nombre de otro.<sup>108</sup>

Sin embargo, a pesar de lo efectivo que podría ser el uso o regulación de las voluntades anticipadas, la verdad es que la gran mayoría de las personas no suscriben este tipo de documentos cuando se encuentran plenamente conscientes, lo que produce que no se conozca o no se pueda presumir su voluntad cuando se encuentra incapaz. De esta forma, no se puede conocer cuáles eran sus deseos al enfrentar una situación como puede ser quedar en estado vegetativo persistente o desarrollar una demencia. Lo anterior, produce en la práctica clínica complejos escenarios, que la bioética y también la doctrina ha intentado dar solución durante décadas. A continuación, veremos como autores han descrito este tipo de situaciones y que soluciones se han dado.

#### 1. Personas en estado inconsciente.

Como hemos visto, en la medicina con el avance de la tecnología, se puede mantener con vida, a veces por semanas e incluso años, a personas que están cerca de la muerte, sedadas, entubadas, personas conectadas a máquinas que suplen gran parte de sus funciones vitales. Como bien señala Dworkin, “tememos, algunos más que otros, vivir como pacientes vegetales inconscientes, aunque escrupulosamente atendidos”.<sup>109</sup> Y continúa, “pacientes inconscientes no pueden decidir acerca de cómo

---

<sup>106</sup> CORNEJO, María Isabel y VALLEJO, Geovanna. Óp. Cit. p. 155.

<sup>107</sup> IDEM.

<sup>108</sup> ZUÑIGA, Alejandra. Óp. Cit. p. 288.

<sup>109</sup> DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 243.

morir. Algunos accidentes y enfermedades dejan a sus víctimas en coma, o en lo que los médicos denominan estado vegetativo persistente, que, si se les alimenta y suministra agua mediante tubos, pueden vivir indefinidamente.”<sup>110</sup> Es por lo anterior, que en los casos donde la persona en ese tipo de situaciones no ha suscrito un documento de voluntad anticipada, se produce un complejo escenario, para quienes deben tomar la decisión por ellos.

Siguiendo ahora, sobre el estado de inconsciencia Dworkin señala: “Los médicos frecuentemente se encuentran forzados a decidir si tienen que mantener o no el soporte vital a alguien inconsciente y moribundo [...] Algunos pacientes solicitan, ya sea suscribiendo testamentos de vida o simplemente pidiéndolo a los médicos y al equipo del hospital, que no se los reviva si caen en un estado de ese tipo. Pero otros, por el contrario, insisten en que se realice todo lo que sea posible para mantenerlos con vida durante el tiempo más largo que se pueda”.<sup>111</sup>

Para tratar el tema, el autor recurre al conocido caso de Nancy Cruzan, una mujer que se encontraba en estado vegetativo, por lo que sus padres solicitaron y manifestaron a un juez de Missouri que ella, varias veces, durante años, había expresado el deseo de no permanecer con vida en esa circunstancia. El juez estuvo de acuerdo y consintió la desconexión de los tubos de mantenimiento. Sin embargo, la decisión fue apelada, a lo que la Corte Suprema de Missouri sostuvo que el derecho no permitía la interrupción de los soportes vitales a menos que existiera una evidencia «clara y consistente» de que el paciente hubiese manifestado ese deseo. Por lo que debió haber realizado un testamento de vida. Los padres de Nancy Cruzan apelaron a la Corte Suprema de Estados Unidos, la cual señaló que el Estado de Missouri estaba autorizado para insistir en reclamar evidencia clara y convincente. Pero, a pesar de esa ser su resolución, por primera vez en la historia de EE. UU. la mayoría de los jueces admitieron que individuos competentes tienen un derecho constitucional a ordenar que los apoyos vitales no sean utilizados en su caso, si es que se encuentran de manera permanente en estado vegetativo.<sup>112</sup>

Otro caso conocido fue en Inglaterra, que creó un precedente y clarificó los derechos de los pacientes en estado inconsciente. Anthony Bland por un accidente quedó en un estado vegetativo permanente. En 1992 sus padres solicitaron a los tribunales que declararan que los médicos podían legalmente remover el soporte vital y dejarle morir. El juez dijo que ello era posible porque satisfacía los intereses del paciente. La Corte confirmó esta decisión y señaló: “por lo que conocemos de Anthony Bland, a través de los que están más cercanos a él y forzados como estamos a elegir, pensamos que es mucho más

---

<sup>110</sup> IBID. p. 244.

<sup>111</sup> IBID. p. 243.

<sup>112</sup> IBID. p. 245.



probable que, en la situación presente, él hubiera elegido morir y no vivir en esa situación, y que, aunque el respeto por la santidad de la vida podría contar como un argumento en favor de mantenerlo con vida, el respeto por el otro principio en conflicto, el de autodeterminación, justificaba que el derecho le permitiera morir”.<sup>113</sup>

Como podemos notar, ambos casos marcaron precedente en cuanto a la situación de la toma de decisiones sobre personas en estado inconsciente. El primer caso de Nancy Cruzan, sirvió para que personas en estado vegetal permanente ya no se les solicitara la existencia exhaustiva de un documento que demostrara su voluntad, sino que se considerara lo dicho por ellos en vida, y la opinión de sus más cercanos. Y en el segundo caso, la sentencia fue fundamental ya que resolvió que no solo el hecho de mantener al paciente con vida afectaba su autodeterminación, sino que también afecta el mejor interés del paciente.

Sobre lo último y la relación entre autonomía y mejores intereses del paciente, Dworkin reflexiona, “La gente también se preocupa acerca de la protección de la autonomía, [...] en el caso en que el paciente esté inconsciente, como lo estaba Nancy Cruzan, podemos respetar la autonomía de alguien que esté inconsciente sólo preguntándonos qué habría decidido él mismo en condiciones apropiadas, antes de convertirse en incompetente.<sup>114</sup> y continúa “estas familiares invocaciones a la personalidad total del paciente, que se ofrecen para mostrar que los soportes vitales deberían o no interrumpirse, se presentan usualmente como muestras de lo que el paciente habría decidido por sí mismo. Entendidas de esta manera procuran proteger su autonomía. Pero deberíamos advertir que pueden también ser entendidas de manera diferente: como argumentos acerca de cuáles serían los mejores intereses del paciente”.<sup>115</sup>

En cuanto a lo anterior, debemos retomar la discusión sobre la consideración de los mejores intereses de los pacientes. Señalábamos, al inicio del capítulo, que en los casos de personas conscientes que manifiestan racionalmente su voluntad, esta debe ser respetada ya que, se considera que lo declarado por la persona, es lo que ella considera como su mejor interés. Sin embargo, en la hipótesis que estamos tratando ahora, se torna algo complejo lo dicho, ya que estamos en presencia de personas que no pueden manifestar su voluntad.

Como veíamos en los casos mencionados por Dworkin, se puso en cuestión la pregunta de si se podría responsablemente sostener que la muerte satisface los mejores intereses de un paciente en estado vegetativo permanente. Lo anterior, ha sido tratado en la bioética:

---

<sup>113</sup> IBID. p. 246

<sup>114</sup> IBID. p. 249

<sup>115</sup> IBID. p. 250

“En ausencia de la voluntad del paciente expresada previamente, debemos optar por un criterio ético basado en la beneficencia y lo más objetivable posible. El concepto de mayor beneficio ante distintas alternativas terapéuticas impondrá asumir la decisión que suponga mayor bien para el paciente, dejando de lado otras valoraciones o preferencias”. En este sentido, el sustituto no podrá tomar decisiones que sean contrarias al interés del paciente y por tanto contraindicadas”.<sup>116</sup>

Ahora, siguiendo con la voluntad que se entiende en pacientes inconscientes, se señala que, “esta puede ser expresa o tácita, incluso en derecho comparado de raigambre anglosajona, en juicios sustitutivos de voluntad o intencionalidad, se le ha otorgado un significado al silencio del paciente, reconstituyendo la voluntad que podría haber tenido de no estar en condiciones de inconsciencia, por ejemplo, en estado vegetativo permanente”.<sup>117</sup> Igualmente se ha señalado, “sin lugar a dudas toda decisión clínica frente a un paciente en estado inconsciente deberá tener en cuenta la opinión de los familiares, independiente de que existan o no documentos escritos de voluntades anticipadas, por lo que la validez de éstos será muy relativa si no han sido compartidas por el paciente con aquellos que serán considerados para la toma de decisiones”.<sup>118</sup>

Lo mencionado, ha sido estudiado en el derecho alemán, donde se entiende que el derecho del paciente a la autodeterminación no se extingue ni aun si el mismo estuviere impedido de manifestar su voluntad ya que se considera siempre que el médico debe aplicar los criterios del paciente, según la voluntad presunta de este. Para esto, la legislación alemana considera la figura del representante del paciente, quien decide sobre las actuaciones sanitarias y concede o deniega el consentimiento en nombre del paciente, siempre orientado según la presunta voluntad de este. Es importante destacar, igualmente, que en el derecho alemán los familiares no tienen poder de representación, a menos que sean designados como representantes, ya sea por el tribunal tutelar o por un acto del paciente.<sup>119</sup>

Así, el representante, sea de origen legal o voluntario, como veíamos tiene una amplia competencia. Por esto, la legislación alemana para evitar un posible peligro, como podría ser el abuso de su poder por parte del representante, se estableció que este, debe tener una previa autorización judicial sobre la decisión de la cesación de un tratamiento que salve o prolongue la vida del paciente. Para la autorización judicial, el juez competente debe formarse una percepción personal del paciente, es decir, debe ir al hospital para ver al paciente, hablar con los médicos y con los familiares, y, normalmente, un médico debe emitir un

---

<sup>116</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 212.

<sup>117</sup> CORNEJO, María Isabel y VALLEJO, Geovanna. Óp. Cit. p. 158.

<sup>118</sup> ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 437.

<sup>119</sup> TIETZE, Andrea. “La autodeterminación del paciente terminal en el derecho alemán”. *Revista de Derecho*. Vol. XV, 2003. pp. 113-130. p. 116.

dictamen pericial. Todo lo anterior, se justifica en la protección del paciente respecto de sus derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la autodeterminación frente a una decisión arbitraria por parte de su representante.<sup>120</sup>

Como ya hemos visto, en el área de la bioética, lo señalado hasta ahora es objeto de estudio. Así, el diagnóstico de Estado Vegetativo Persistente (EVP), se reconoce como una de las realidades clínicas más complejas por sus implicancias éticas y elevado costo asistencial y familiar. Actualmente se define como una situación clínica de completa inconsciencia (ausencia de reconocimiento) de uno mismo y del medio, acompañada de la presencia de ciclos de sueño-vigilia con preservación completa o parcial de las funciones automáticas del tronco encefálico y del hipotálamo.<sup>121</sup>

Dicho esto, es relevante ver como desde bioética se ha manejado y protocolizado las situaciones de EVP en Chile. El primer paso en la toma de decisiones terapéuticas sobre soporte vital, que es lo que mantiene con “vida” a pacientes EVP, es la correcta identificación y diagnóstico. De esta forma, se ha establecido de forma unánime que el tratamiento activo, con las medidas de soporte vital necesarias, es obligatorio en la fase temprana del diagnóstico. Luego, cuando el diagnóstico de EVP ha sido claramente establecido, donde uno de los criterios es el tiempo que el paciente se encuentra en ese estado, los profesionales, desde ese momento, tienen la responsabilidad de discutir con la familia o representantes legales, quienes son los que toman la decisión, las posibilidades que tiene el paciente, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, y si se conocen los valores, deseos y preferencias del paciente, estos deben respetarse.<sup>122</sup>

## 2. Personas incapaces o incompetentes por capacidades disminuidas o demencia.

Como veíamos, el ejercicio del derecho a decidir autónomamente implica que la persona tenga una serie de aptitudes personales o psicológicas, es decir, que sea capaz y competente. Así, desde la bioética, “la competencia para la toma de decisiones sanitarias se refiere a la madurez y posibilidad de discernimiento para sostener una decisión concreta y hacerse cargo de sus consecuencias”.<sup>123</sup>

El ordenamiento jurídico, en el Código Civil, señala que “la capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra” y que, “son absolutamente

---

<sup>120</sup> IBID. p. 127.

<sup>121</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 471.

<sup>122</sup> IBID. p. 474.

<sup>123</sup> IBID. p. 205.

incapaces los dementes, los impúberes y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente”.

De esta forma, para la estructura y mejor análisis de este apartado, es necesario distinguir en dos situaciones de personas incapaces o incompetentes, “la autonomía del paciente demente y la autonomía de la persona que se ha convertido en demente”.<sup>124</sup> Así, en primer lugar, analizaremos el caso de personas con capacidades disminuidas o demencia permanente. Y, en segundo lugar, personas que siendo plenamente capaces en el pasado manifestaron su voluntad, pero que al momento de la acción son incapaces e incompetentes.

En cuanto a personas que son y siempre han sido personas incapaces o dementes, hemos dicho que, en estos casos, son los familiares, representante legal o la persona que a su cuidado se encuentra, las encargadas de tomar las decisiones médicas. En el ámbito de la medicina, las decisiones médicas de personas incapaces o incompetentes son tratadas por la bioética, donde se ha señalado que, “para la identificación de la competencia, el profesional deberá ponderar si en última instancia su paciente alcanza o no el nivel suficiente para tomar esa decisión a título personal o bien requiere de la ayuda de la familia o entorno próximo”. Sin embargo, “se entiende que existe un grupo de pacientes donde esta competencia no será suficiente, como pacientes con trastorno mental agudo, personas con demencia avanzada o grandes discapacitados intelectuales”.<sup>125</sup>

De esta forma, cuando se trata de un paciente incompetente, se debe recurrir a un consentimiento sustituto o representación. Estos representantes, pueden ser por designación previa, o por decisión de los familiares o personas vinculadas al paciente, sin especificación previa.<sup>126</sup> Así, se traslada el ejercicio de la autonomía de la persona a un tercero, que debe o debería decidir siempre no en base a su decisión, sino que, bajo dos elementos básicos, primero, cual hubiera sido la decisión del paciente y segundo, cuál es el mejor interés del paciente.<sup>127</sup>

Analizado lo anterior, ahora veremos uno de los casos más complejos de manifestación de voluntad, ya que, revisaremos el caso de personas que siempre fueron capaces y competentes que manifestaron su voluntad bajo ese estatuto, pero finalmente, por diferentes razones o enfermedades, con el tiempo les afecta una demencia seria y permanente o son mentalmente incompetentes. Sobre estas situaciones

---

<sup>124</sup> DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 251.

<sup>125</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 208.

<sup>126</sup> IBID. p. 210.

<sup>127</sup> IBID. p. 211.

Dworkin se pregunta, “¿Deberían las personas competentes tener el poder de especificar qué clase de tratamientos médicos tienen que recibir si se convierten, de esta manera, en individuos totalmente incapaces? ¿Deberían poder dejar establecido que no se les mantenga con vida con los tratamientos de rutina? ¿Deberían tener el poder para establecer que realmente se los mate?”<sup>128</sup>

Continuando con Dworkin, este señala que no se debe olvidar que “estamos considerando los derechos e intereses no de alguien que ha sido siempre demente, sino de alguien que fue capaz en el pasado. Por consiguiente, podemos pensar acerca de esta persona, al considerar sus derechos e intereses, de dos formas diferentes: como un demente, enfatizando su situación actual y sus capacidades, o como una persona que se ha convertido en demente y fijamos en el transcurso de toda su vida”.<sup>129</sup>

Dicho esto, qué sucede entonces con la autonomía precedente del paciente, qué sucede con la manifestación de voluntad que el paciente realizó cuando era plenamente capaz y competente, mediante un documento de voluntad anticipada o testamento vital. Dworkin señala que, “si aceptamos la concepción de autonomía basada en la integridad de la persona, concluiremos que los deseos pasados tienen que ser respetados”.<sup>130</sup> Igualmente reflexiona que, “el derecho de una persona competente a la autonomía requiere que se respeten sus decisiones pasadas acerca de cómo tiene que ser tratado en el caso de volverse demente, incluso si ello contradice los deseos que pueda tener en un momento posterior.”<sup>131</sup>

Lo que plantea Dworkin, ha sido tomado en cuenta en la discusión sobre muerte digna, ya que esta postura ha sido considerada en un caso emblemático en Holanda, que como veremos en el tercer capítulo fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia y el auxilio al suicidio mediante una ley en el año 2001. De esta forma, Holanda ha sido pionera en la materia, siendo su legislación admirada por algunos y criticada por otros.

Dicho lo anterior, en 2020, el Tribunal Supremo holandés avaló la eutanasia en casos de demencia avanzada, incluso cuando ya no están en condiciones de reiterar su consentimiento, pero que hayan dejado documentos de voluntad anticipada. Esto porque absolvió a una doctora acusada de haber dado muerte en 2016 a una paciente de 74 que sufría Alzheimer, donde la fiscalía señalaba que lo hizo, sin certificar debidamente su consentimiento y si este seguía vigente y además de que la paciente mostró resistencia. Finalmente, los jueces decretaron que la doctora actuó legalmente, ya que de no llevar a cabo

---

<sup>128</sup> DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 247.

<sup>129</sup> IBID. p. 289.

<sup>130</sup> IBID. p. 296.

<sup>131</sup> IBID. p. 298.

el procedimientos, habría pasado a llevar la voluntad de la paciente, que dejó claramente estipulado en su testamento que le practicasen eutanasia cuando llegara a cierto punto de la enfermedad. Este caso se trató del primero de ese tipo en Holanda desde 2001 que se legalizó la eutanasia, marcando un fuerte precedente para el futuro de la legislación.<sup>132</sup>

Finalmente, y retomando las palabras de Dworkin, en referencia al caso anterior, señala que en estos casos difíciles en los que no podremos conocer, con certeza, si en concreto un paciente demente es competente en cuanto a su autonomía, debe realizarse un juicio general y no una combinación de juicios acerca de su capacidad para actividades específicas, a fin de determinar si un paciente mentalmente incapacitado tiene derecho a la autonomía, ya que estos pacientes no tendrían un derecho a que se respete ninguna de sus decisiones, precisamente en razón de la preocupación por su propia autonomía.<sup>133</sup> Y continúa señalando que, “esto puede sonar duro pero no sería bueno permitir que una persona asuma decisiones en contra de sus propios intereses a fin de proteger una capacidad que no tiene y que no puede tener”.<sup>134</sup> Y a consecuencia de lo anterior, se debe respetar la autonomía precedente del paciente, la manifestación de voluntad que realizó cuando era capaz y competente, ya que, en ese momento, el paciente está señalando sus mejores intereses, sus valores, y creencias y en definitiva se trataría de “un juicio acerca de la clase de vida que quiere tener”.<sup>135</sup>

### 3. Niños, niñas y adolescentes.

Visto lo anterior, ahora es necesario revisar un caso complejo de manifestación de voluntad, esta vez no porque se trate de una persona que no pueda expresar su voluntad por inconsciencia o por ser incapaces o incompetentes por capacidades disminuidas, sino porque se trata de personas conscientes, pero que no están consideradas bajo el mismo estatuto de capacidad y competencia que un adulto, por lo tanto, no pueden manifestar su voluntad y consentir libremente, ya que esta decisión estará a cargo de su representante legal.

En el derecho, se distingue entre dos estatutos de capacidad y categorías, donde se señala explícitamente quiénes, son capaces de decidir autónomamente y tomar responsabilidad por sus acciones y quiénes no.

---

<sup>132</sup> *BBC News. Mundo. Eutanasia: Absuelven en Holanda a una doctora que aplicó el procedimiento a una paciente con alzhéimer.* [en línea]. [Fecha de consulta: diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-49482820>

<sup>133</sup> DWORKIN, Ronald. Óp. Cit. p. 295.

<sup>134</sup> IDEM.

<sup>135</sup> IBID. p. 297.

Como veíamos, en el caso de niños, niñas y adolescentes, el Código Civil señala explícitamente en su artículo 1447, que son absolutamente incapaces los impúberes, es decir, hombres que no han cumplidos los catorce años y mujeres que no han cumplido los doce años, como señala el artículo 26 del mismo texto legal. Por otro lado, señala igualmente que son incapaces, pero sus actos pueden tener valor en determinadas circunstancias, a los menores adultos, cuya edad fluctúa entre los catorce y doce años respectivamente y los dieciocho años.

Por otro lado, el Derecho penal, desde la imputabilidad, coloca a los niños, niñas y adolescentes en una categoría diferente, señalando el Código Penal, que están exentos de responsabilidad penal los menores de dieciocho años. Teniendo estos un estatuto penal personal de derecho penal juvenil bajo la ley de responsabilidad penal.

De esta forma, se produce un conflicto en el derecho a una muerte digna de niños, niñas o adolescentes, ya que bajo lo anterior se trataría de personas incapaces, en proceso de desarrollo, por lo que se entiende que no serían capaces de tomar una decisión de tal magnitud como la de una muerte asistida. Sin embargo, y como veremos con más detalle cuando analicemos en el caso de Colombia, la Corte Constitucional, señaló en 2017 que,

“Establecido que el derecho fundamental [de una muerte digna] deriva de la dignidad de la que son titulares por su condición de seres humanos, la Sala reconoce que la materialización del derecho presenta algunas diferencias y particularidades en relación con los NNA, principalmente en los aspectos relacionados con el consentimiento y la manifestación de la voluntad, las cuales no pueden llevar a desconocer que son titulares del derecho. Por el contrario, esas particularidades deben ser reconocidas, consideradas y afrontadas en aras de lograr una oportuna regulación de esos aspectos específicos que permita garantizar el derecho a la muerte digna de los menores de edad y así evitar que sean sometidos a tratos crueles e inhumanos y obligados a soportar graves sufrimientos”.<sup>136</sup>

Así, como veremos, algunos de los países que han legislado sobre muerte digna, mediante eutanasia y/o suicidio asistido, han reconocido igualmente la posibilidad de niñas, niños y adolescentes de acceder a este tipo de procedimientos.

---

<sup>136</sup> *Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-544/2017*. [en línea] [Fecha de consulta: diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

Lo anterior, ha generado gran controversia y críticas de los sectores más conservadores. Sin embargo, hay autores que han salido en defensa de este tipo de medidas. Por su parte, el filósofo utilitarista Peter Singer, al cual ya nos hemos referido, señaló sobre el primer caso de eutanasia en un menor de edad en Bélgica, que:

“Los límites etarios siempre son hasta cierto punto arbitrarios. La edad cronológica y la edad mental pueden ser diferentes. Hay ciertas actividades comunes a muchas personas, en las que un límite de edad mental puede ser pertinente: por ejemplo, votar, sacar licencia de conducir y tener relaciones sexuales. Pero sería muy difícil tratar de determinar, para cada persona interesada en esas actividades, la capacidad de comprender lo que está implícito en votar, conducir con responsabilidad o dar consentimiento informado para una relación sexual. Por eso usamos la edad cronológica como una indicación aproximada de la capacidad mental pertinente”.<sup>137</sup>

Ante esto concluye que, “la extensión de la ley belga de eutanasia a menores con capacidad demostrable para la toma racional de decisiones no supone negar a nadie el derecho a vivir. Por el contrario, otorga el derecho de morir a personas que pueden tener motivos razonables para querer ejercerlo.”<sup>138</sup>

Desde la bioética, la situación en cuanto a cómo se entiende la incapacidad de tomar decisiones médicas de niños, niñas y adolescentes se señala que, “en el caso de los menores de edad, se habla de la capacidad intelectual y emocional de comprender el alcance de la intervención.”<sup>139</sup> Así, en el contexto de toma de decisiones con niños, niñas y adolescentes sin madurez suficiente, son los padres quienes asumen su representación legal y en caso de estos no existir, habrá tutores o representantes legales designados.<sup>140</sup>

Sobre la situación de niños, niñas y adolescentes, volveremos en el capítulo que sigue sobre el análisis de derecho comparado, donde veremos los requisitos y procedimientos que consideran las diferentes legislaciones para que un niño, niña y adolescentes pueda ejercer su derecho a morir dignamente, mediante un procedimientos de eutanasia y/o auxilio al suicidio.

---

<sup>137</sup> Periódico *El Tiempo*, Colombia. *¿Es lícito otorgar a niños el derecho a morir?* [en línea] [Fecha de consulta: diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/opinion/columnistas/peter-singer/es-licito-otorgar-a-ninos-el-derecho-a-morir-peter-singer-columnista-el-tiempo-53407>

<sup>138</sup> IDEM.

<sup>139</sup> BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. Óp. Cit. p. 208.

<sup>140</sup> IBID. p. 209.



### **CAPITULO III: TRATAMIENTO COMPARADO SOBRE DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.**

En virtud del distinto tratamiento normativo que se le da al concepto de una muerte digna en el derecho comparado, cada ordenamiento jurídico entrega distintas soluciones. Como se expondrá a continuación, cada país que ha regulado sobre la materia ha adoptado su forma de legislar en torno a la muerte digna y sobre como las personas pueden disponer de su vida. Así, dependiendo del país sobre el cual estemos tratando, veremos si existe, por ejemplo, una despenalización de la eutanasia, pero sin una ley, como es el caso de Colombia, o podemos encontrarnos también con casos donde se encuentra regulado un procedimiento de eutanasia activa por ley, pero se sanciona el auxilio al suicidio como es el caso de Bélgica, o incluso casos en que ambos están regulados por ley como es el caso de Holanda. De esta forma, en el presente capítulo revisaremos las cinco legislaciones que han sido pioneras en la forma de abordar la materia y su desarrollo, ya que es minoría en el mundo contar con protocolos sanitarios sobre eutanasia y/o auxilio al suicidio. Así, los países que serán analizados son: Colombia, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza.

#### **I. COLOMBIA.**

##### 1. Situación general de la eutanasia en Colombia.

Ya han sido varias las ocasiones en que, en la presente memoria, se ha señalado la situación de Colombia, ya que fue un país pionero en el reconocimiento del derecho a una muerte digna, siendo así el único país latinoamericano donde este es reconocido como un derecho fundamental. Así lo señala la sentencia C-239 de 1997: “El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente”.<sup>141</sup>

En consecuencia, se entendió despenalizada la eutanasia activa en Colombia, por lo que fue la misma Corte Constitucional la que hizo el llamado al Congreso de legislar sobre la materia: “En aras de la seguridad jurídica, la Corte exhortará al Congreso para que, en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna”.<sup>142</sup>

---

<sup>141</sup> *Derecho a morir dignamente. Sentencia C-237* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>

<sup>142</sup> ÍDEM.

A pesar de lo señalado por la Corte, y el llamado que hizo al Congreso, Colombia desde 1997 hasta el día de hoy, aun no cuenta con un marco legal sobre la materia, por lo que los procedimientos de eutanasia llevados a cabo en el país son solo mediante la aplicación de sentencias de la Corte, quien es el órgano que aprueba o rechaza la solicitud de procedimiento según sea el caso.

Es por esta situación que, en 2014, mediante la sentencia T-970 de la Corte Constitucional, se ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que, “emita una directriz y disponga todo lo necesario para que Hospitales, Clínicas, IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), EPS (Entidad Promotora de Salud) y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el Comité Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad”.<sup>143</sup> Lo anterior fue regulado por la emisión de la Resolución N°1216 de 2015 del “Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia”.

La Resolución es clara al señalar que el procedimiento de eutanasia es aplicable a:

- a. Enfermos terminales, quienes son definidos así bajo criterios clínicos y pronósticos del mismo protocolo al solicitar la aplicación de procedimiento.
- b. Enfermos en fase terminal con patologías oncológicas y no oncológicas.
- c. Enfermos con capacidad de decisión que lo expresen de manera verbal o escrita (en los casos de pacientes en estado inconsciente, se reconoce la voluntad del paciente expresada previamente cuando se encontraba en estado consciente, mediante un documento escrito de voluntad anticipada o testamento vital, sobre esto volveremos más adelante).<sup>144</sup>

En cuanto a los requisitos para acceder a un procedimientos de eutanasia, se señala lo siguiente:

- a. **Condición médica:** Es necesario determinar la naturaleza de la enfermedad (paciente terminal) y la condición médica del solicitante.
- b. **Evaluación del sufrimiento:** Se determinará si el sufrimiento es intolerable y si hay o no perspectiva de mejora.
- c. **Inexistencia de alternativas de tratamiento o cuidado razonables:** La condición médica del paciente no tenga opciones de mejoría y no existan alternativas de cuidado o tratamiento razonables. Así mismo, se debe indicar cuáles terapias médicas ha recibido (manejo del sufrimiento, el dolor y los cuidados paliativos).

---

<sup>143</sup> *Derecho a morir dignamente. Sentencia T-970/2014.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamir.org/wp-content/uploads/2018/09/2014-setencia-t970.pdf>

<sup>144</sup> *Derecho a morir dignamente. Resolución n°1216 de 2015.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-ley-eutanasia.pdf>

- d. **Persistencia en la solicitud explícita:** El médico tratante valorará cuándo fue la primera vez que el paciente expresó su solicitud y si se mantuvo en el tiempo o fue reiterada, o identificará la existencia de “voluntad anticipada” escrita o registrada en la historia clínica.
- e. **Evaluación de la capacidad para decidir:** Un psiquiatra o psicólogo establecerá la capacidad para tomar decisiones del solicitante y determinará si esa decisión fue bien considerada. Igualmente, deberá establecer la afectación por trastornos mentales o la disminución de la capacidad para toma de decisiones. Esta evaluación debe ser prioritaria y previa a la presentación al comité.
- f. **Segunda valoración:** El comité científico interdisciplinario o quien haga sus veces es el segundo evaluador que debe valorar los anteriores requisitos.
- g. **Integridad de la evaluación:** El médico tratante y el comité establecerán su evaluación basados en la historia clínica, la solicitud escrita, la conversación y examen clínico presencial del solicitante y el diálogo con otros médicos o familiares, previa autorización del solicitante.<sup>145</sup>

De esta forma, cumplidos los requisitos, y siguiendo con el procedimiento, la solicitud de eutanasia debe ser aprobada por el Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad, el cual está conformado por un médico con la especialidad de la enfermedad que padece el paciente, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico. Dicho comité en caso de no encontrar ninguna irregularidad deberá, programar el procedimiento en una fecha que el paciente indique o, en su defecto, en un máximo de 15 días calendario. Si el comité considera que no se cumplen los criterios necesarios, simplemente no se configura el derecho y el procedimiento no podrá ser autorizado.<sup>146</sup>

También es importante señalar que en Colombia el procedimiento está cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y como tal, no representa costos para el paciente. Sin embargo, son las Instituciones Prestadoras de Salud autorizadas, las que deben asumir los costos del procedimiento, dado que la Resolución establece que no podrán facturar la práctica de este al sistema.<sup>147</sup>

Regulado todo lo anterior por el gobierno colombiano, se hizo necesario en 2016 conformar una instancia interna donde se posibilitara el idóneo ejercicio de lo dispuesto por la Resolución N°1216 de 2015 ya revisada, que creaba los Comités Interdisciplinarios. De esta forma, el Ministerio de Salud por la Resolución N° 4006 de 2016, “crea el Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad”, el cual tiene el

---

<sup>145</sup> ÍDEM.

<sup>146</sup> *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN\\_Eutanasia\\_Belgica\\_Colombia\\_Holanda\\_Luxemburgo\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica_Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf)

<sup>147</sup> ÍDEM.

objetivo de realizar un análisis y control exhaustivo sobre los reportes remitidos por los Comités Interdisciplinarios que hayan autorizado los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad.<sup>148</sup>

## 2. Eutanasia en niños, niñas y adolescentes.

El acceso a una muerte digna, mediante un procedimiento de eutanasia, para niños, niñas y adolescentes fue autorizada por la sentencia T-544 de 2017 de la Corte Constitucional de Colombia, donde señaló que, “la dignidad humana como principio fundante del ordenamiento jurídico colombiano y por tanto del Estado, reconocida como principio constitucional general y derecho fundamental autónomo obliga a reconocer **la titularidad del derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes**”. Y continúa: “la Sala ordenará al Ministerio de Salud que, en ejercicio de su iniciativa legislativa, presente -dentro del año siguiente- un proyecto de ley en el que proponga una regulación del derecho fundamental a morir dignamente para mayores de edad y para NNA, en la que considere los presupuestos y criterios establecidos por toda la jurisprudencia de esta Corporación”.<sup>149</sup>

De esta forma, el Ministerio de Salud mediante la Resolución N°825 del 2018, reguló el procedimiento de eutanasia que hizo efectivo el derecho a morir con dignidad de niños, niñas y adolescentes, incluyendo también las condiciones para acceder al procedimiento.<sup>150</sup>

Bajo esta Resolución se aplicará el procedimiento a:

1. Muy excepcionalmente, niños y niñas de entre 6 a 12 años, que tenga una enfermedad o condición en fase terminal, que cumplan con los criterios establecidos en la resolución y que tengan la autorización de quien tenga la patria potestad.
2. A niños y niñas entre los 12 y 14 años, que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y que tengan la autorización de quien tenga la patria potestad.
3. A adolescentes de entre 14 y 17 años, que tenga una enfermedad o condición en fase terminal y se haya informado a quien tenga la patria potestad.<sup>151</sup>

---

<sup>148</sup> *Derecho a morir dignamente. Resolución n°4006 de 2016.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2016-resolucion-4006.pdf>.

<sup>149</sup> *Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-544/2017.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

<sup>150</sup> *Derecho a morir dignamente. Resolución n°825 de 2018.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2018-resolucion-825-menores.pdf>

<sup>151</sup> *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN\\_Eutanasia\\_Belgica\\_Colombi\\_a\\_Holanda\\_Luxemburgo\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica_Colombi_a_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf)

Así quedan excluidos:

- Niños y niñas menores de 6 años, niños, niñas y adolescentes que presenten alteración de conciencia, con discapacidades intelectuales o con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

De esta forma, establecida la capacidad y competencia del niño, niña o adolescente, para hacer efectivo el derecho fundamental a morir con dignidad a través de la eutanasia, el médico tratante antes de elevar la solicitud al Comité Interdisciplinario deberá evaluar que se cumplan exhaustivamente los mismos requisitos señalados anteriormente para mayores de edad. Hecho lo anterior, el Comité debe dar su aprobación o rechazo, al igual que en el procedimiento de adultos.<sup>152</sup>

### 3. Voluntad anticipada.

Como se señaló en el capítulo segundo de la presente memoria, las voluntades anticipadas o testamentos vitales son fundamentales para tener acceso a una muerte digna, en los casos donde las personas en un estado inconsciente o incompetentes no pueden manifestar su voluntad. De esta forma las personas a cargo de la decisión como familiares, equipo médico o representantes legales pueden conocer y respetar la voluntad del paciente que manifestó cuando se encontraba plenamente capaz y consiente.

El gobierno de Colombia incentiva a la población a manifestar su voluntad anticipada. Es por esto que el Ministerio de Salud y Protección Social dictó en 2018 la Resolución N°2665, que tiene por objetivo regular los requisitos y formas de realización de la declaración de la voluntad mediante Documentos de Voluntad Anticipada (DVA).

En cuanto a los requisitos, la resolución señala, que debe ser efectuada por cualquier persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y con total conocimiento de las implicaciones de esa declaración, respecto a no someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios que pretendan prolongar su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona y garantizando el cumplimiento de dicha voluntad.<sup>153</sup>

---

<sup>152</sup> *Derecho a morir dignamente. Resolución n°825 de 2018.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2018-resolucion-825-menores.pdf>

<sup>153</sup> *Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n°2665 de 2018.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.dmd.org.co/wp-content/uploads/2018/08/Resolucio%CC%81n-2665-de-2018-Voluntades-anticipadas-2018.pdf>

También es relevante señalar que la Resolución se hace cargo de cómo se debe llevar a cabo la formalización del DVA para que este tenga valor. De este modo, se señalan 3 modalidades, a elección de la persona que lo otorga. Estas son:

- a. Ante notario: se realiza a través de escritura pública debidamente protocolizada, como una opción exclusiva y preferente de quien la suscribe, se deberá tener en cuenta la normativa pertinente en materia notarial.
- b. Ante dos testigos: quienes deberán identificarse y suscribir el DVA en los mismos términos exigidos para el otorgante.
- c. Ante el médico tratante: El DVA podrá ser formalizado ante el médico tratante donde está recibiendo atención, teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 4 de la presente resolución, que señala el contenido del DVA.<sup>154</sup>

En cuanto al cumplimiento de la voluntad anticipada, se señala, en primer lugar, que cualquier persona podrá informar la existencia del DVA, con el fin de que sea tenido en cuenta por los profesionales de la salud en el proceso de atención del paciente y se cumpla la voluntad plasmada en este. En segundo lugar, sobre la incorporación en la historia clínica, se señala que corresponde al médico tratante, en cualquier momento, consignar e incorporar en la historia clínica la voluntad del paciente, para lo cual también se anexará una copia del DVA. Así mismo, corresponde al médico tratante consultar con el paciente o los familiares o acudientes o en la historia clínica del paciente, si este ha suscrito un DVA. También en el cumplimiento de la voluntad tendrá responsabilidad la Superintendencia Nacional de Salud, ya que hará el seguimiento dentro del proceso de atención en salud para que se garantice el cumplimiento de la voluntad del paciente.<sup>155</sup>

Dicho lo anterior, puede suceder que el paciente nunca haya dejado constancia alguna de cuál sería su voluntad o decisión en una situación de inconsciencia, como por ejemplo un estado vegetal permanente, siendo responsable de decidir la familia o un representante legal, bajo un consentimiento sustituto. Y es sobre este último punto donde se genera un problema en la legislación colombiana, ya que la Resolución N°1216 sobre el protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia, en su artículo 15, condiciona el consentimiento sustituto a que el paciente haya expresado su voluntad de someterse a tal procedimiento de forma previa y que haya quedado constancia escrita de ello, en documento de

---

<sup>154</sup> ÍDEM.

<sup>155</sup> ÍDEM.

voluntad anticipada o testamento vital, poniendo en una situación de desventaja o discriminación a los pacientes incapacitados para hacer tal manifestación.<sup>156</sup>

Ante esto la Corte Constitucional se hizo cargo en la sentencia T-721 de 2017, donde resolvió y señaló:

“Se ordena al Ministerio de Salud y Protección Social, que adecue la Resolución N°1216 de 2015, en relación con los siguientes aspectos:

- a. El párrafo 3ro. del artículo 15 sobre consentimiento sustituto, de acuerdo con lo establecido en la sentencia T-970 de 2014, y regule el trámite que deberá adelantarse en caso de presentarse esta forma de consentimiento.
- b. Regule el trámite a seguir cuando:
  1. Se advierta por el médico tratante la necesidad de convocar al Comité de Ética Hospitalaria, con el fin de evaluar la salud del paciente, el manejo terapéutico y las consecuencias del mismo, en observancia del mejor interés de éste;
  2. El paciente exprese su voluntad de no continuar con el tratamiento o, por sí mismo o por interpuesta persona, solicite la limitación del esfuerzo terapéutico o la readecuación de las medidas asistenciales. En todo caso deberá contemplarse, entre otros elementos mínimos: plazos para emitir una respuesta, consentimiento sustituto y acompañamiento constante e integral para el paciente y su familia<sup>157</sup>.

#### 4. Críticas al sistema colombiano

Como hemos podido notar, la regulación del acceso a una muerte digna en Colombia es netamente mediante Resoluciones del Ministerio de Salud y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, y aun que este última, ha emplazado en varias oportunidades al poder legislativo para que dicte una ley de eutanasia, como existe en otros países donde está despenalizada, el Congreso en 23 años, no ha cumplido con lo señalado por la Corte.

Es importante recordar que, en Colombia, al igual que en otros países, se encuentra tipificado el delito de homicidio por piedad, por lo que mientras no exista una ley que regule la eutanasia o se establezca una eximente de responsabilidad, es irresponsable por parte de la legislación para con las personas que se ven envueltas en este tipo de procedimiento, ya que no hay una seguridad jurídica para ellos, pues por un lado esta despenalizada la eutanasia, pero por otro, pueden ser condenados por homicidio. En un

---

<sup>156</sup> *Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-721/2017.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm>

<sup>157</sup> IDEM.

intento de solucionar lo anterior, la Corte lo previene señalando: “mientras se regula el tema, en principio, todo homicidio por piedad de enfermos terminales debe dar lugar a la correspondiente investigación penal, a fin de que en ella, los funcionarios judiciales, tomando en consideración todos los aspectos relevantes para la determinación de la autenticidad y fiabilidad del consentimiento, establezcan si la conducta del médico ha sido o no antijurídica, en los términos señalados en esta sentencia”<sup>158</sup>

Es por lo anterior, que la actitud del poder legislativo y el Estado colombiano, no está exento de críticas por sectores de la doctrina colombiana: “Aun que el Estado Colombiano tiene el deber de garantizar el derecho a morir dignamente, en virtud de los principios rectores y derechos constitucionales, su labor no ha sido suficiente; ya que si bien la Corte Constitucional se ha pronunciado en varias ocasiones exhortando al Congreso para que legisle sobre la materia, este ha omitido su obligación legislativa. Lo cual ha llevado a que sea el Ministerio de Salud y Protección Social el que emita protocolos y directrices acerca de la manera en que se debe practicar el procedimiento eutanásico, aun en un contexto de inseguridad jurídica por no existir una ley que reglamente el asunto. Abordar la eutanasia, desde la academia, posibilita que un asunto de tal relevancia recobre el protagonismo que merece al verse involucrados derechos fundamentales contemplados en la Constitución Política de Colombia”.<sup>159</sup>

## II. HOLANDA

### 1. Situación de la eutanasia y el auxilio al suicidio en la legislación.

A diferencia de Colombia, en Holanda y otros países europeos que veremos más adelante, si se cuenta con una ley de eutanasia. En el caso de Holanda, esto fue en 2001 con la ley 26691/2001 “Ley de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio”. Con esta ley se logra legalizar la eutanasia y el auxilio al suicidio, incluyendo así mismo, una eximente de responsabilidad en el Código Penal holandés. De esta forma, el médico tratante deberá cumplir con las exigencias objetivas, subjetivas y administrativas para así, causar la muerte de un paciente a petición del mismo.

Para este propósito, en primer lugar, la reforma al Código Penal modificó su artículo art. 293, el cual señala actualmente:

---

<sup>158</sup> *Derecho a morir dignamente. Sentencia C-237/1997* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <<https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>>

<sup>159</sup> TIRADO, María y RAMOS, Mayra. “Insuficiencias de las medidas implementadas por el Estado para la garantía del acceso a la eutanasia en Colombia”. *Revista Derecho y Realidad*. Nueva Granada, Colombia, 2018. pp. 1-21. ISSN 1692-3936. p. 19.



1. El que quite la vida a otra persona, según el deseo expresado y serio de la misma, será castigado con la pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.
2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley reguladora de los funerales.<sup>160</sup>

En segundo lugar, la ley 26691/2001 además de la reforma al Código Penal, señala que el médico debe cumplir las exigencias objetivas, subjetivas y administrativas para poder llevar a cabo un procedimiento legal de eutanasia y no caer en una conducta tipificada por el derecho penal. Para esto, la ley tiene cierta estructura de funcionamiento.

Por una parte, se establecen ciertas exigencias o condiciones subjetivas y objetivas que el médico debe advertir en el paciente para llevar adelante la intervención letal sin perjuicio de algunas diferencias según cual sea la edad del paciente. Y, por otro lado, establece un procedimiento de notificación y comprobación por parte de Comisiones Regionales Estatales que juzgarán, el adecuado cumplimiento de los nombrados requisitos objetivos y subjetivos por parte del médico, a la época en que realizará la intervención sanitaria. Además de ello, se prescribe un cuidadoso mecanismo de funcionamiento administrativo de tales Comisiones, las que volverán su dictamen al médico una vez evaluada su misma conducta y con comunicación también a la Fiscalía General del Estado.<sup>161</sup>

Como veíamos, es fundamental que para que no exista responsabilidad penal del médico, que es quien lleva a cabo del procedimiento, este debe cumplir con ciertas exigencias o condiciones subjetivas y objetivas, que se encuentran reguladas en el artículo 2 de la ley, los cuales son:

- a. [el medico] Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada.
- b. Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora.
- c. Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro.

---

<sup>160</sup> LABACA, María. “Modelos europeos de eutanasia y suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Francia”. *Revista Quaestio Iuris*. Vol. 07, n°2. Rio de Janeiro, Brasil, 2014. pp. 892-1009. p. 893.

<sup>161</sup> ANDRUET, Armando. “Ley Holandesa de ‘terminación de la vida a petición propia’. Nuestra consideración acerca de la eutanasia”. *DS*, Vol. 9, Núm. 2. Córdoba, Argentina, 2001. pp. 169-200. p. 172.

- d. Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último.
- e. Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a. al d.
- f. Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.<sup>162</sup>

En cuanto a los requisitos, en Holanda es particular la situación, ya que la Ley 26691/2001 no señala nada en cuanto a la expectativa de vida del paciente. Es decir, la ley no incluye la condición de que la eutanasia solo pueda practicarse en la “fase terminal” del paciente. Igualmente, no se exige que se trate de una enfermedad somática y tampoco que la enfermedad que tenga el paciente amenace su vida. En la práctica, dicha expectativa de vida suele ser limitada, pero la ley no excluye que se atienda a una petición de eutanasia de un paciente que todavía pueda vivir muchos años. El punto central es que exista una petición voluntaria y bien meditada, que exista un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.<sup>163</sup>

También es importante señalar que en Holanda existen 5 Comisiones Regionales de Verificación, las cuales examinan las solicitudes y evalúan los casos de eutanasia que se notifican a dichas comisiones. De esta forma, comprueban el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado por parte del médico. Igualmente, las Comisiones, que están formadas por un médico, un especialista en ética y un experto jurídico, juzgan si el médico ha tomado el debido cuidado.

## 2. Situación de niños, niñas y adolescentes.

La ley 26691/2001 permitió también la solicitud de eutanasia de niños, niñas y adolescentes, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a. Desde los 12 años a los 16 años, siempre y cuando se considere que tiene entendimiento y valoración razonable de sus intereses y cuente con el consentimiento de los padres o la madre o padre que ejerza la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor.

---

<sup>162</sup> Ley 26691/2001 de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>

<sup>163</sup> Código sobre la eutanasia 2018. Explicación de la verificación de la práctica. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/07/19-CODIGO-eutanasia-pbajos18.pdf>

- b. Desde los 16 y hasta los 18 años, que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses, no necesitan autorización de sus padres o quien tenga la tutela, en principio, pero éstos deben estar involucrados en el proceso de toma de decisiones.<sup>164</sup>

Es relevante señalar que, en ambos casos, se aplican también los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2 de la ley, mencionados anteriormente. Así, los requisitos legales relativos a la participación en la toma de la decisión de los padres o tutor también se aplican si la petición del menor se realiza mediante una declaración escrita de voluntad.<sup>165</sup>

En cuanto a las estadísticas, no suelen recibirse notificaciones de eutanasia de menores entre 12 y 18 años. En el periodo 2002-2017, las Comisiones Regionales de Verificación recibieron 8 notificaciones de ese tipo.<sup>166</sup>

### 3. Voluntad anticipada.

En cuanto a la voluntad anticipada, en Holanda constan de valor legal ya que se encuentra consagrada en el art. 2, párrafo 2 de la Ley 26691/2011 que establece:

“El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida”.<sup>167</sup>

De esta forma, se entiende que la declaración escrita de voluntad tiene la misma categoría que una petición verbal de eutanasia. Así es importante que el paciente indique con la mayor claridad posible en la declaración de voluntad en qué circunstancias concretas debe darse curso a su petición.<sup>168</sup>

---

<sup>164</sup> *Ley 26691/2001 de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>

<sup>165</sup> *Código sobre la eutanasia 2018. Explicación de la verificación de la práctica.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2019/07/19-CODIGO-eutanasia-pbajos18.pdf>

<sup>166</sup> ÍDEM.

<sup>167</sup> *Ley 26691/2001 de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>

<sup>168</sup> *Código sobre la eutanasia 2018. Explicación de la verificación de la práctica.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2019/07/19-CODIGO-eutanasia-pbajos18.pdf>

#### 4. Estadísticas.

Como mencionábamos, en Holanda existen las Comisiones Regionales de Verificación (CRV), las cuales anualmente antes del 1 de abril deben presentar un reporte, donde se debe informar, el número de casos de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales la comisión ha emitido un dictamen; la naturaleza de estos casos y los dictámenes y las consideraciones que han llevado a los mismos.

El reporte anual de 2018 señala que “se recibieron 6.216 notificaciones de eutanasia. Se trata del 4,0 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2018 (153.328). En 2017, las CRV recibieron 6.585 notificaciones, que constituían el 4,4 % de la cifra total de fallecimientos (150.027)”.<sup>169</sup>

A continuación, veremos las estadísticas del año 2018 desglosadas por diferentes criterios:

- a. **Género:** “la proporción de notificaciones realizadas por hombres y mujeres es: 3.191 hombres (52,1 %) y 2.935 mujeres (47,9 %).
- b. **Tipo de procedimiento:** En 5.898 casos (96,2 %) se trató de terminación de la vida a petición del paciente, en 212 (3,4 %) de ayuda al suicidio y 16 casos (0,3 %) fueron una combinación de ambos.<sup>170</sup>
- c. **Enfermedades:** En más del 90,6 % de los casos notificados (5.553) se trataba de personas con: cáncer en estado incurable (4.013); enfermedades del sistema nervioso, como, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, EM, ELA (382); enfermedades cardiovasculares (231); enfermedades pulmonares (189) o una combinación de afecciones (738); Por demencia (205); enfermedades mentales (67). Y otras enfermedades (155).
- d. **Edad:** La mayoría (1.986, un 32,4 %) se produjo entre los 70 y 80 años, seguida de las edades entre 80 y 90 años (1.442, un 23,5 %) y de las edades entre 60 y 70 años (1.363, un 22,2 %). En 2018, las CRV recibieron tres notificaciones de eutanasia de un menor de edad (de 12 a 17 años). En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron 68 notificaciones.
- e. **Lugar del procedimiento:** En la mayor parte de las notificaciones (4.919, esto es: el 80,2%) se llevó a cabo en el domicilio del paciente. En los demás casos, el lugar de fallecimiento fue un

---

<sup>169</sup> *Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe Anual 2018.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: [https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2020/02/19\\_Informe\\_anual\\_2018-esp.pdf](https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2020/02/19_Informe_anual_2018-esp.pdf)

<sup>170</sup> Un paciente, después de ingerir las sustancias facilitadas por el médico en el marco de la ayuda al suicidio, no fallece dentro de un periodo de tiempo acordado entre el médico y el paciente. En ese caso, el médico procede a llevar a cabo la eutanasia.

hospital de cuidados paliativos (491, esto es: 8,0 %), una residencia para asistidos (239, el 3,9 %), una residencia de convalecencia (233, el 3,8 %), un hospital (169, un 2,8 %) u otros lugares, por ejemplo, en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia (75, un 1,2 %).

### III. BÉLGICA

#### 1. Situación de la eutanasia en la legislación.

Bélgica al igual que Holanda cuenta con una ley que regula la eutanasia. Sin embargo, en este país a diferencia de Holanda, no se considera el auxilio al suicidio como una conducta despenalizada y legalizada, ya que como veremos en la ley, no se menciona de forma explícita el suicidio asistido, solo se habla de eutanasia.

La ley a la que se hace referencia es por la cual se legalizó la eutanasia en Bélgica el año 2002, la que recibe el nombre de “Ley relativa a la eutanasia”. Así, la ley en su art. 2 define a la eutanasia como, “el acto, practicado por un tercero, que pone intencionalmente fin a la vida de una persona a petición suya”.<sup>171</sup>

De esta forma, la ley reconoce la eutanasia como un derecho para quien la solicite, siempre y cuando cumpla con las condiciones establecidas en la ley. Estas condiciones o requisitos para acceder a un procedimiento de eutanasia se encuentran establecidos en el artículo 3, los cuales son:

1. El médico que practica una eutanasia no comete un delito si se asegura de que:
  - El paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de formular su petición;
  - La petición sea efectuada de forma voluntaria, razonada y reiterada, y que no resulte de una presión exterior;
  - El paciente se encuentre en una situación médica con pronóstico de no recuperación y padezca un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable;
  - Que respete las condiciones y los procedimientos prescritos por la presente ley.<sup>172</sup>

---

<sup>171</sup> *Ley de mayo de 2002 relativa a la eutanasia en Bélgica.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>

<sup>172</sup> IDEM.

2. El médico en todos los casos y antes de actuar, tiene que:
  1. Informar al paciente sobre su estado de salud y su pronóstico, dialogar con el paciente sobre su petición de eutanasia y evocar con él las posibilidades terapéuticas todavía posibles, así como las posibilidades representadas por los cuidados paliativos y sus consecuencias.
  2. Certificar el carácter permanente del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada.
  3. Consultar con otro médico sobre el carácter grave e incurable de la enfermedad, informándole de los motivos y razones de esta consulta. El médico consultado debe ser independiente en relación al paciente y al médico del paciente, y ser competente en la patología presentada por el paciente.
  4. En caso de existir un equipo de cuidados en contacto constante con el paciente, contactar con este equipo o con algún miembro del mismo;
  5. Si el paciente lo desea, comentar la petición con los parientes que él señale;
  6. Asegurar que el paciente ha comentado su petición con las personas que él desea.<sup>173</sup>

Como podemos notar, una particularidad que tiene la ley de eutanasia belga es que se trata de una ley mucho más descriptiva que otras leyes que regulan el procedimiento de eutanasia. Otra particularidad que tiene la ley es que introduce en 2005 mediante una modificación, el artículo 3 bis, el cual señala que, “el farmacéutico que entregue una sustancia letal no comete delito cuando lo hace conforme a una prescripción en la cual el médico exprese que actúa conforme a la presente ley. El farmacéutico entrega la sustancia letal prescrita en persona al médico”. De esta forma, no se configuraría el delito de auxilio al suicidio en los casos donde el farmacéutico “colabora” entregando la sustancia que dará muerte a la persona.<sup>174</sup>

En cuanto al procedimiento de notificación y control, es a posteriori, al igual que en Holanda. En el caso de Bélgica este se realiza ante la Comisión Federal de Control y Evaluación de la aplicación de la ley, a la cual el médico que realizó el procedimiento debe remitir el correspondiente registro en el plazo de cuatro días hábiles. De esta forma, la Comisión revisa si la eutanasia se realizó en concordancia de las condiciones señaladas en la ley y bajo el procedimiento correspondiente. Y en caso de que la Comisión considera que las condiciones legales no se han cumplido, envía el expediente al Ministerio Público para su investigación y posible persecución penal.<sup>175</sup>

---

<sup>173</sup> ÍDEM.

<sup>174</sup> ÍDEM.

<sup>175</sup> *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo.* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en:

## 2. Eutanasia en niños, niñas y adolescentes

A pesar de ser Bélgica el primer país del mundo que permitió la eutanasia en menores de edad, en la ley no se hace ninguna referencia o mención especial a un procedimiento diferente para niños, niñas o adolescentes. Solo se señala en los requisitos del artículo 3, ya mencionados, “que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de formular su petición”.<sup>176</sup>

Sin embargo, en la práctica si existe diferencia, ya que la Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia, ha señalado que, “para los pacientes menores de edad, se han de seguir ciertas reglas particulares. Por ejemplo, se excluye la posibilidad de realizar una eutanasia como consecuencia de una declaración de voluntades anticipadas, así como la motivación de sufrimiento psicológico. El paciente menor de edad debe además tener capacidad de discernimiento y su representante legal o sus representantes legales debe(n) indicar su acuerdo con la solicitud de eutanasia”.<sup>177</sup>

## 3. Voluntad anticipada.

La Ley belga otorga plena validez a las declaraciones anticipadas, las cuales deben ser por escrito, y donde la persona deja constancia de su voluntad en torno a la eutanasia, en caso de encontrarse inconsciente y sufrir una lesión o enfermedad grave, incurable e irreversible.

De esta forma la ley en su artículo 4 señala, “toda persona mayor de edad o menor emancipado y capaz puede, para el caso en que se encontrase en situación de no poder manifestar su voluntad, consignar por escrito, en una declaración, su voluntad de que un médico le practique la eutanasia si este médico constata: que padece una afección accidental o patológica grave e incurable; que está inconsciente; y que esta situación es irreversible en el estado actual de la ciencia”.<sup>178</sup>

Así mismo, la ley señala, que en la declaración se puede designar a una o varias personas de confianza, mayores de edad y señaladas por orden de preferencia, con los que el médico debe consultar para determinar la voluntad del paciente.

---

[https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN Eutanasia Belgica Colombi a Holanda Luxemburgo FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica_Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf)

<sup>176</sup> *Ley de mayo de 2002 relativa a la eutanasia en Bélgica*. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020].

Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>

<sup>177</sup> *Aclaraciones destinadas a la profesión médica (2015) de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (CFCEE)*. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-aclaraciones-medicos-belgica.pdf>

<sup>178</sup> *Ley de mayo de 2002 relativa a la eutanasia en Bélgica*. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020].

Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>

En cuanto a los requisitos de validez, la declaración debe hacerse por escrito, en presencia de dos testigos mayores de edad, uno de los cuales no tenga ningún interés material en el fallecimiento del paciente, estar fechada y firmada por el declarante, por los testigos y, en caso de nombrarla(s), por la(s) persona(s) de confianza. Además, sólo se tomarán en cuenta declaraciones realizadas o confirmadas menos de cinco años antes del principio de la imposibilidad de manifestar su voluntad. Así también, la declaración anticipada y el conjunto de los actos y trámites realizados por el médico habitual y sus resultados, incluyendo el informe del médico consultado (requisito de validez), se consignarán debidamente en el historial médico del paciente.<sup>179</sup>

Sin embargo, cómo hemos visto, puede suceder que la persona no dio a conocer su voluntad cuando se encontraba consiente, por lo que se produce el problema de no saber cómo proceder en ese caso.

En Bélgica, frente a esta situación, donde no se ha emitido el acto voluntario del paciente, se ha entendido por los médicos, que cuando la muerte era inminente, consideraban superflua una petición escrita o se conformaban con que una tercera persona pusiese por escrito la petición del paciente por no poder haberlo hecho él mismo. Lo anterior fue respaldado por la Comisión, siempre y cuando se cumplen las condiciones legales que señala la ley.<sup>180</sup> Así, “es evidente que en muchos casos no existe solicitud voluntaria, reflexiva y repetida del paciente, aunque la opinión de los familiares y allegados ha podido influir en la solicitud no escrita de los pacientes.”<sup>181</sup>

#### 4. Estadísticas.

Las siguientes cifras fueron consultadas del noveno informe a las Cámaras Legislativas correspondiente a los documentos de registro de los pacientes sometidos a eutanasia en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019 examinados por la Comisión Federal de Control y Evaluación.<sup>182</sup>

En el período 2018 - 2019, se registraron 5.015 eutanasias, de las cuales 2.359 corresponden al año 2018 y 2.656 al 2019. La gran mayoría corresponde a pacientes de entre 60 y 89 años. Hubo un mínimo aumento de pacientes mujeres y el hogar era el principal lugar de actuación.

A continuación, veremos las estadísticas del año 2019 desglosadas según diferentes criterios:

---

<sup>179</sup> ÍDEM.

<sup>180</sup> LABACA, María. Óp. Cit. p. 917.

<sup>181</sup> ÍDEM.

<sup>182</sup> *Informe FCEE sobre eutanasia 2020. Cifras de los años 2018 y 2019.* [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-euthanasie-verslag-2020>



1. **Género:** La proporción de procedimientos realizados en hombres y mujeres es: Mujeres 1402 (52,8%) y Hombres 1254 (47,2%)
2. **Edad de los pacientes:** Menores de 18: 1 (0%); Entre 18-29 años: 7 (0,3%); Entre los 30-39 años: 31 (1,2%); Entre los 40-49 años: 65 (2,4%); Entre los 50-59 años 220 (8,3%); Entre los 60-69 años 532 (20%); Entre los 70-79 años: 755 (28,4%); Entre los 80-89 años 740 (27,9%); Entre los 90-99 años 297 (11,2%); Más de 100 años (0,3%)
3. **Lugar de la realización del procedimiento:** En cuanto al lugar, las cifras señalan que: En casa/Hogar del paciente se realizaron 1164 (43,8%); En un Hospital 1016 (38,3%); En un Centro de atención residencial 423 (15,9%) y otros 53 (2%)
4. **Enfermedades: las cifras señalaron que, sobre** Cáncer en estado incurable 4.013; Enfermedades del sistema nervioso 382; Enfermedades cardiovasculares 231; Enfermedades pulmonares 189 Combinación de afecciones 738; Por demencia 205; Enfermedades mentales 67; Otras enfermedades 155. (En cuanto a las solicitudes de eutanasia basadas en trastornos mentales y del comportamiento como condiciones psiquiátricas de trastornos del estado de ánimo y las condiciones cognitivas como la enfermedad de Alzheimer, siguieron siendo excepcionales. En todos estos casos se pudo establecer que se habían cumplido las condiciones legales, es decir, un paciente con competencia, una solicitud por escrito, una condición médica desesperada, un sufrimiento insoportable persistente e inaceptable causado por una enfermedad grave e incurable, una solicitud reiterada).
5. **Tipo de procedimiento:** En cuanto si se trata de un procedimiento de eutanasia por solicitud actual o anticipada, quedo demostrado que por solicitud actual en 2629 (99%) casos y voluntad anticipada 27 casos (1%).

#### IV. LUXEMBURGO.

##### 1. Situación de la eutanasia y auxilio al suicidio en la legislación.

En Luxemburgo, al igual que en Holanda y Bélgica, existe un marco legal que regula la eutanasia y/o auxilio al suicidio según sea el caso. Sin embargo, Luxemburgo tiene dos leyes que regulan la materia, que fueron publicadas, ambas el día 16 de marzo de 2009, las cuales son: “Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y asistencia al suicidio” y la “Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, directivas anticipadas y al acompañamiento al final de la vida”.

La primera ley mencionada, además de regular legalmente la eutanasia y la asistencia al suicidio, introdujo en su artículo 14 una disposición modificatoria del Código penal donde el nuevo artículo 397-1 señala que, “no entra dentro del campo de aplicación de la presente sección el hecho de que un médico responda a una demanda de eutanasia o de asistencia al suicidio en el respeto de las condiciones de fondo señaladas en la Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio”.<sup>183</sup>

También la ley sobre eutanasia y asistencia al suicidio, en su primer artículo se hace cargo de definir los conceptos para la aplicación de la ley, donde señala, “se entenderá por eutanasia el acto, practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de la misma”. Y en cuanto a la asistencia al suicidio, “se entenderá el hecho de que un médico ayude intencionalmente a otra persona a suicidarse o procure a otra persona los medios a tal efecto, a la demanda expresa y voluntaria de la misma”.<sup>184</sup>

Definido lo anterior, la ley continúa describiendo las condiciones para una solicitud legal de eutanasia o suicidio asistido y los pasos que debe seguir el médico que recibe una solicitud de eutanasia y sus obligaciones para no ser sancionado penalmente, las cuales son:

1. El paciente es mayor de edad, capacitado y consciente en el momento de su solicitud;
2. La solicitud se formula de manera voluntaria, reflexionada y, en su caso, repetida, y que no sea el resultado de una presión exterior;
3. El paciente se encuentra en un situación médica sin solución y su estado es de un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin perspectiva de mejoría, resultante de una dolencia accidental o patológica;
4. La solicitud del paciente de recurrir a una eutanasia o a la asistencia al suicidio deberá ser consignada por escrito.<sup>185</sup>

Del mismo modo, la ley describe los pasos que debe seguir el médico antes de proceder a una eutanasia o un auxilio al suicidio. Éstas dicen relación con:

1. Informar al paciente de su estado de salud y su esperanza de vida, estudiar con el paciente su solicitud y evocar con él las posibilidades terapéuticas que aún son posibles. Ha de llegar al convencimiento de que la solicitud del paciente es voluntaria y que a los ojos del paciente no hay ninguna solución aceptable en su situación.

---

<sup>183</sup> *Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y suicidio asistido*. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

<sup>184</sup> ÍDEM.

<sup>185</sup> ÍDEM.

2. Asegurarse de la persistencia del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad expresada recientemente respectivamente reiterada.
3. Consultar con otro médico lo relativo al carácter grave e incurable de la dolencia, precisando las razones de la consulta. El médico consultado, estudia el expediente médico, examina al paciente y se asegura del carácter constante, insoportable y sin perspectiva de mejoría de su sufrimiento físico o/y psíquico. Redactará un informe todo lo constatado.
4. Salvo oposición del paciente, intercambiar sobre su solicitud con la persona de confianza que hubiera designado en sus disposiciones de final de la vida o en el momento de su solicitud de eutanasia o de ayuda al suicidio.
5. Asegurarse de que el paciente ha tenido la ocasión de intercambiar sobre su demanda con las personas que desee encontrarse;
6. Informarse ante la Comisión Nacional de Control y Evaluación si la disposiciones del final de la vida a nombre del paciente están registradas.<sup>186</sup>

Como podemos ver en el último punto, en Luxemburgo, así como en las otras legislaciones existe un ente superior que controla y evalúa que se estén cumplimiento las condiciones y procedimientos establecidos en la ley, la cual, en Luxemburgo, recibe el nombre de Comisión Nacional de Control y Evaluación.

La Comisión Nacional de Control y Evaluación tiene el objetivo de ser el garante de la buena aplicación de esta ley sobre la eutanasia y suicidio asistido, para lo cual cumple variadas funciones entre las que se encuentran:

- a. Establece los documentos de declaración oficial que deben ser completados por los médicos cada vez que se lleva a cabo un procedimiento, y se remiten a la Comisión para que puedan ser examinados y evaluados de acuerdo a la ley.
- b. Elabora cada dos años un informe para la Cámara de Diputados sobre la aplicación de la ley y en algunos casos recomendaciones para desembocar en una iniciativa legislativa y/o en otras medidas relativas a la ejecución de la ley.
- c. Informa al médico que atiende a un paciente al final de la vida si se están cumpliendo las disposiciones para acceder a los procedimientos.<sup>187</sup>

---

<sup>186</sup> ÍDEM.

<sup>187</sup> LABACA, María. Óp. Cit. p. 935.

## 2. Voluntad anticipada

En Luxemburgo, al igual que en las otras legislaciones la voluntad anticipada consta de valor legal, tanto para la eutanasia y auxilio al suicidio, como en los casos de cuidados paliativos y acompañamientos al final de la vida, ya que ambas leyes que regulan respectivamente las materias le dan reconocimiento legal. Sin embargo, por el objetivo de la presente tesis solo se revisará lo pertinente a los casos de voluntad anticipada bajo la “ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y asistencia al suicidio”.

De esta forma, la ley en su artículo 4, sobre las disposiciones al final de la vida, señala que:

1. Toda persona mayor de edad, capacitada, podrá en el caso de que no pueda manifestar su voluntad, consignar por escrito en las disposiciones para el final de la vida, las circunstancias y condiciones en las que desea recibir una eutanasia si el médico constata:
  - que padece una dolencia accidental o patológica grave e incurable,
  - que está inconsciente,
  - y que esta situación es irreversible según el estado actual de la ciencia<sup>188</sup>.

De igual forma señala que “en las disposiciones de final de la vida el declarante podrá designar a una persona de su confianza mayor de edad, a la que el médico pondrá al corriente de la voluntad del declarante según las últimas declaraciones. Las disposiciones del final de la vida podrán ser realizadas en todo momento. Deberán ser consignadas por escrito, fechadas y firmadas por el declarante”.<sup>189</sup>

También en cuanto al cumplimiento de la voluntad anticipada, la ley señala que es la Comisión Nacional de Control y evaluación la que debe llevar un sistema de registro oficial sistemático de disposiciones de final de vida. Estas podrán ser reiteradas, retiradas o adaptadas en cualquier momento. Y es deber de la Comisión solicitar cada cinco años, a partir de la solicitud de su registro, la confirmación de la voluntad del declarante.<sup>190</sup>

En cuanto a los casos donde no es conocida la voluntad del paciente sobre las disposiciones al final de su vida, cuando este ya no puede expresarla, la ley de eutanasia y auxilio al suicidio no se hace cargo y solo señala que “Todo médico que asista a un paciente al final de la vida o que se encuentre en una situación médica sin salida, está obligado a informarse en la Comisión Nacional de Control y Evaluación

---

<sup>188</sup> *Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y suicidio asistido*. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

<sup>189</sup> ÍDEM.

<sup>190</sup> ÍDEM.

si hay registradas a nombre del paciente disposiciones del final de la vida”.<sup>191</sup> Sin embargo, y aunque no entraremos en detalle, la “Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, directivas anticipadas y al acompañamiento al final de la vida”, si hace referencia a una posible solución solo en los casos donde la ley tiene su aplicación, ya que el artículo 4 señala:

“Si la persona no está en condiciones de expresar su voluntad relativa al fin de su vida, cuyas condiciones, la limitación y suspensión del tratamiento, incluso el tratamiento del dolor señalado en el referido artículo, el médico buscará establecer su **presunta voluntad**. En el marco del establecimiento de esta voluntad, el médico acudirá a la persona de confianza designada. Podrá llamar a cualquier persona susceptible de conocer la voluntad de la persona al final de la vida”.<sup>192</sup>

### 3. Estadísticas.<sup>193</sup>

Las cifras de procedimientos de eutanasia y auxilio al suicidio según el informe 2015- 2016 de la Comisión Nacional de Control y Evaluación, señala que, desde el año 2009 se han realizado 52 procedimientos eutanasias y un suicidio asistido.

De esta forma, en el periodo analizado, se visualiza una clara tendencia al alza de la eutanasia, comenzando con solo un caso el año 2009 y llegando a 10 el año 2016. Y respecto al suicidio asistido, solo se dio un caso el año 2016.

También en términos generales, el informe señala que han accedido a la eutanasia 27 mujeres y 25 hombres. E igualmente señala que la mayoría de estos se encuentra en el tramo de edad de 60 a 79 años (32 casos) seguido por el grupo de más de 80 años, con 16 casos. En 43 casos, la razón para pedir la eutanasia fue cáncer terminal y en 7 casos enfermedades neuro degenerativas.

---

<sup>191</sup> ÍDEM.

<sup>192</sup> *Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a cuidados paliativos, directivas anticipadas y al acompañamiento al final de la vida*. [en línea]. [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo>

<sup>193</sup> *Todo lo relativo a este apartado fue recopilado de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo*. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020].

Disponible en:

[https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN\\_Eutanasia\\_Belgica\\_Colombi\\_a\\_Holanda\\_Luxemburgo\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica_Colombi_a_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf)

## V. SUIZA

### 1. Situación del auxilio al suicidio y la eutanasia en la legislación.

El caso de Suiza es particularmente distinto ya que, en este país, a diferencia de las legislaciones ya revisadas, la eutanasia se encuentra castigada penalmente, no así el suicidio asistido, siempre y cuando, este sea realizado por motivos no egoístas, o desinteresados. Así, si no existe un móvil egoísta, el suicidio asistido es legal y, por consiguiente, no punible de sanción penal.

De esta forma, el Código Penal suizo, sanciona la eutanasia en su artículo 114, señalando que, “quien, cediendo a un motivo honroso, en particular a la piedad, hubiera matado a una persona a petición grave y urgente de éste, será sancionado con pena privativa de libertad de tres años como máximo o con pena privativa de libertad pecuniario”.<sup>194</sup>

Y a continuación el artículo 115 señala, “cualquiera que, movido por un motivo egoísta, haya incitado a una persona al suicidio, o le haya prestado ayuda para suicidarse, será, si el suicidio ha sido consumado o intentado, castigado con una pena privativa de libertad de cinco años como máximo o una sanción económica”.<sup>195</sup>

Sobre esto autores han señalado que, “se limita el carácter punible a las actuaciones “egoístas”, es decir, cuando el que ayuda al suicidio obtendría en caso de consumarse algún beneficio, aunque cuando este no fuese únicamente de tipo material, lo cual incluiría la satisfacción de necesidades afectivas como el odio, el desprecio o el deseo de venganza”.<sup>196</sup>

Sumado a lo anterior, es relevante el caso de Suiza, ya que la ayuda al suicidio no tiene que contar necesariamente con la asistencia de un médico, es decir, cualquier persona puede auxiliar en el suicidio a otra. Esto ha llevado a que existan asociaciones no gubernamentales especializadas que realizan procedimientos de auxilio al suicidio. Sin embargo, la actuación del médico será necesaria en aquellos casos donde es preciso asegurar el control de una correcta prescripción, lo cual fue confirmado por

---

<sup>194</sup> *Código Penal de la Confederación Suiza*. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a115>

<sup>195</sup> ÍDEM.

<sup>196</sup> LABACA, María. Óp. Cit. p. 920.

sentencia de noviembre de 2006, donde el Tribunal Federal estableció el carácter obligatorio de una receta médica para obtener la sustancia letal.<sup>197</sup>

De igual forma, en la misma sentencia de 2006, el Tribunal Federal confirmó que todo ser humano capaz de discernimiento –incluso si sufre problemas psíquicos– tiene el derecho, garantizado por la Constitución y el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), de decidir la forma y el momento de su propia muerte.<sup>198</sup>

## 2. Organizaciones no gubernamentales de ayuda al suicidio.

Como mencionamos anteriormente, en Suiza existen organizaciones que dan apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio. Las más relevantes son las que analizaremos a continuación, EXIT y Dignitas.

### 2.1. EXIT

La asociación EXIT fue fundada en 1982 y es miembro de la Federación de Asociaciones del Derecho a Morir Dignamente. Dentro de sus principios, señala que su objetivo es asegurar el derecho de las personas a la autodeterminación en la vida y en la muerte.<sup>199</sup> Es por esto, que su rol principal es auxiliar al paciente que desea poner fin a su vida y al mismo tiempo debe verificar que se cumplan los requisitos necesarios. También en su defensa del derecho a una muerte digna les facilita a las personas las correspondientes prescripciones médicas del producto letal, para lo que utilizan los servicios de un médico de la organización, acompañando al paciente en el proceso de decisión de suicidarse y en todo el proceso posterior a la muerte.<sup>200</sup>

Así, EXIT exige las siguientes condiciones para solicitar un suicidio asistido:

1. Ser miembro de la Asociación EXIT;
2. Ser ciudadano o residente en Suiza;
3. Tener capacidad de discernimiento;
4. Presentar una petición escrita o documento notarial con todo el historial médico;
5. Sufrir una enfermedad incurable, una discapacidad severa o un dolor insoportable, o bien

---

<sup>197</sup> *Eutanasia y suicidio asistido. N° 41 (2016)*. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/16277463/q41/efcf24f4-d7dc-49a2-9192-5c7b996c8bfb>

<sup>198</sup> ÍDEM.

<sup>199</sup> *Asociación EXIT*. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://exit.ch/verein/exit-auf-einen-blick/>

<sup>200</sup> LABACA, María. Óp. Cit. p. 922.

## 6. Sufrir múltiples patologías invalidantes vinculadas a la vejez.<sup>201</sup>

En cuanto al requisito de la capacidad de discernimiento, la Academia Suiza de Ciencias Médicas lo define como, “la capacidad de comprender la información facilitada sobre la decisión a tomar; La capacidad de evaluar correctamente la situación y las consecuencias de opciones alternativas; La capacidad de evaluar racionalmente la información recibida en el contexto de un sistema de valores coherente y la capacidad de expresar una elección personal”.<sup>202</sup> De esta forma, al momento de la petición, EXIT se asegura que la persona cumpla con los criterios recién mencionados.

Luego, ya revisado y verificado el cumplimiento de los requisitos, se pasa a una segunda fase donde el paciente es examinado por un médico de la organización. Éste no prescribirá el fármaco letal a menos que esté convencido de que el paciente cumple los requisitos señalados anteriormente y, si el médico que le atiende de forma habitual no desea participar en la asistencia al suicidio, físicamente, un voluntario de EXIT le facilitará al paciente el producto letal para que él mismo lo ingiera o active el dispositivo implementado a tal fin. En este supuesto, será el propio voluntario quien informará a la policía y al forense de la causa del fallecimiento del paciente.<sup>203</sup>

### 2.2. Dignitas.

Dignitas es una organización fundada el año 1998, que facilita la asistencia al suicidio, pero a diferencia de EXIT, esta extiende su ayuda a pacientes que no son ciudadanos suizos y que son socios de su organización. En cuanto a su objetivo señala que, tiene el propósito de asegurar a sus miembros una vida y una muerte digna.<sup>204</sup>

El procedimiento llevado a cabo por Dignitas es bastante similar al que hemos señalado anteriormente, con la diferencia de que los socios que no son ciudadanos suizos deben desplazarse necesariamente a Suiza con el fin de que un médico confirme que cumple los requisitos exigidos. En caso afirmativo, el médico suizo puede extender la prescripción que será posteriormente facilitada al paciente con la ayuda y el acompañamiento de los miembros de la organización.<sup>205</sup>

---

<sup>201</sup> *Eutanasia y suicidio asistido. N°41 (2016)*. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/16277463/q41/efcf24f4-d7dc-49a2-9192-5c7b996c8bfb>

<sup>202</sup> ÍDEM.

<sup>203</sup> LABACA, María. Óp. Cit. p. 923.

<sup>204</sup> *¿Quién es Dignitas?* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: [http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de)

<sup>205</sup> LABACA, María. Óp. Cit. p. 923.



### 3. Ley del Cantón de Vaud.

Antes de revisar la ley, es importante señalar que Suiza es una república federada, compuesta por 26 Estados, que reciben el nombre de Cantones, los cuales por el artículo 3 de la Constitución Federal Suiza, “son soberanos en los límites de la Constitución Federal y, como tales, ejercerán todos los derechos no delegados al poder federal”.<sup>206</sup> Uno de estos Cantones es Vaud.

Explicado lo anterior, en 2013 entró en vigencia la ley del Cantón de Vaud sobre “Directivas de aplicación de la Ley de la salud pública y de asistencia al suicidio en centro sanitarios de interés público”, la cual tiene su base legal en el artículo 27 d) de la Ley de Salud Pública, de mayo de 1985.

De esta forma, la Ley del Cantón de Vaud, al recoger lo de la ley de Salud pública, señala el procedimiento que debe seguir un paciente o residente en Suiza que quiere acceder al suicidio asistido. Así, la presente ley debe asegurar que se respetan los Derechos Fundamentales, las libertades individuales y la autodeterminación de la persona que quiere poner fin a su vida. Así también, trata de proteger la decisión de poner fin a la vida, estableciendo el acompañamiento que va a recibir el paciente y el procedimiento garantista que la solicitud debe tener bajo la voluntad libre y reflexiva adoptada por parte de un residente o de un paciente. Y asegura, así mismo, todas las alternativas posibles, especialmente las que hacen referencia a los cuidados paliativos, con el fin de que la asistencia al suicidio se constituya en una verdadera solución, el último recurso que desea el paciente.<sup>207</sup>

La Ley está compuesta por apartados, que veremos a continuación, destacando los más relevantes.

En primer lugar, sobre la forma que debe tener la solicitud, se señala, “el residente/paciente debe solicitar el suicidio asistido mediante una petición escrita dirigida a la atención de la dirección de la institución o la dirección de atención médica”.<sup>208</sup>

Después, el médico responsable debe realizar un examen a la petición, debe consultar con el equipo de atención médica, con el médico del paciente, con el representante del sector sanitario y, si está de acuerdo el paciente/residente, con los familiares, y deberá revisar si se cumplen los siguientes requisitos legales:

a. El paciente/residente:

Es capaz de discernimiento en relación con su decisión de suicidarse;

---

<sup>206</sup> *Constitución Federal de la Confederación Suiza*. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ch/ch191es.pdf>

<sup>207</sup> LABACA, María. Óp. Cit. p. 923.

<sup>208</sup> *Directrices de aplicación de la Ley de Salud Pública con respecto a la asistencia al suicidio en centros de salud de interés público* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/16277463/q41/efcf24f4-d7dc-49a2-9192-5c7b996c8bfb>

Persiste en su voluntad de suicidarse;

Sufre una enfermedad o los efectos secundarios de un accidente que es/son graves e incurables.

- b. Se ha hablado de las alternativas existentes, especialmente las relativas a los cuidados paliativos, con el paciente/residente.

Luego de verificados los requisitos, “el médico responsable tiene el deber de informar al paciente de su decisión en el plazo máximo de cuatro semanas, en función de la complejidad del caso”.<sup>209</sup>

Más adelante, la ley en su apartado siete señala que, “el Departamento de Salud y Acción Social deberá constituir una Comisión de seguimiento y que esté encargada de supervisar la aplicación del artículo 27 d) de la Ley de Salud Pública de 1985 y de estas directrices, la cual estará integrada por representantes de distintas instituciones”.<sup>210</sup> A continuación, señala: “El incumplimiento de estas directrices, en especial del plazo de cuatro semanas, puede dar lugar a sanciones basadas en la Ley de Salud Pública”.<sup>211</sup>

Finalmente, y cerrando este apartado, el Cantón de Vaud, con la ley recién analizada, se convirtió en pionero al ser el primer Cantón en aprobar una ley que rige suicidios asistidos en Establecimientos Médico Sociales (EMS) y hospitales, ya que como hemos visto en Suiza, los procedimientos de auxilio al suicidio son realizados por organizaciones no gubernamentales.<sup>212</sup>

#### 4. Estadísticas.

Como hemos visto, son organizaciones las que llevan a cabo los procedimientos de auxilio al suicidio, y las estadísticas corresponden a ellas informarlas. Sin embargo, para la presente tesis las cifras presentadas solo corresponden a la asociación EXIT, cuyo informe anual de 2019 señala:<sup>213</sup>

---

<sup>209</sup> *Directrices de aplicación de la Ley de Salud Pública con respecto a la asistencia al suicidio en centros de salud de interés público* [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/16277463/q41/efcf24f4-d7dc-49a2-9192-5c7b996c8bfb>

<sup>210</sup> ÍDEM.

<sup>211</sup> ÍDEM.

<sup>212</sup> BRAGAGNINI, Federico. Sí a la primera ley sobre ayuda al suicidio. [en línea]. Swissinfo.ch. 29 octubre 2020. [https://www.swissinfo.ch/spa/sociedad/cant%C3%B3n-de-vaud\\_s%C3%AD-a-primera-ley-sobre-ayuda-al-suicidio/32922662](https://www.swissinfo.ch/spa/sociedad/cant%C3%B3n-de-vaud_s%C3%AD-a-primera-ley-sobre-ayuda-al-suicidio/32922662)

<sup>213</sup> *Informe Anual EXIT 2019*. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2019/>

**Tabla 1:** Número de expedientes abiertos (AE) / suicidio asistido (FTB) / miembros (MG)

<b>Estadísticas AE / FTB / MG</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
Total de FTB	862	905	734	722	782	583	459
FTB mujeres	508 (58,9%)	516 (57,0%)	442 (60,2%)	415 (57,5%)	434 (55,5%)	330 (56,6%)	267 (58,2%)
FTB hombres	354 (41,1%)	389 (43,0%)	292 (39,8%)	307 (42,5%)	348 (44,5%)	253 (43,4%)	192 (41,8%)
Edad media (años)	78,2	78,2	78,1	76,7	77,4	77,5	76,8

**Tabla 2:** Lugar de muerte

	2019	2018	2017	2016	2015
Privado	731 (85%)	760 (84%)	613 (83%)	613 (85%)	651 (83%)
Sala de la muerte Exit	20 (2%)	23 (3%)	36 (5%)	36 (5%)	39 (5%)
Casa	111 (13%)	122 (13%)	85 (12%)	73 (10%)	92 (12%)

\* La mayoría de los suicidios asistidos se produjeron en casa o en su propia habitación en un hogar de ancianos. El número de FTB en una sala de muerte disminuyó porque, por un lado, la demanda fue menor y, por otro lado, no se pudo encontrar una nueva sala de muerte en el área de Zúrich.

**Tabla 3:** Enfermedades subyacentes

	2019	2018	2017
La esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	26	19	19
Demencia	15	18	15
Esclerosis múltiple	14	16	17
Cardiopatía	22	25	23
Cáncer	311	344	288
Enfermedad Pulmonar	45	40	29
Parkinson	32	27	23
Enfermedad mental	17	18	14
Dolor crónico	64	75	53
Cuadruplejía	0	6	7
Polimorbilidad	227	245	181
Otro	25	25	15

Ya, a nivel nacional, en Suiza según la Oficina Federal de Estadísticas, el número de muertes por suicidio asistido se situó en más de 1.000 casos a finales de 2017, donde la mayoría de quienes recurren a ese procedimiento tienen más de 65 años, pero también se ha visto un incremento en el número de jóvenes. La cifra mencionada no incluye a los expatriados, por lo que es probable que el número real sea mayor.<sup>214</sup>

Se señala igualmente por las organizaciones más importantes del rubro (EXIT y Dignitas), que en 2019 el número total de suicidios asistidos ascendió a 1.470.<sup>215</sup>

Finalmente, en cuanto a la procedencia de personas que recurren al suicidio asistido en Suiza, los datos entre los años 2014 y 2019 demuestran lo siguiente:

- Australia 143, Bélgica 52, Brasil 31, China 66, Alemania 3.225, Francia 1.112, Reino Unido 1.430, Italia 518, Canadá 176, Japón 47, Chile 15, Austria 224 Suiza (otros estados) 794, España 125, EE. UU 814.
- Total: 9.822.<sup>216</sup>

Analizada esta última legislación, se da fin al capítulo dedicado a derecho comparado, para ahora en el cuarto capítulo revisar la legislación chilena sobre derecho a una muerte digna.

---

<sup>214</sup> *Más de 1000 suicidios asistidos por año en Suiza*. Swissinfo.ch. [en línea] [Fecha de consulta: octubre 2020]. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/m%C3%A1s-de-1000-suicidios-asistidos-por-a%C3%B1o-en-suiza/45965626>

<sup>215</sup> ÍDEM.

<sup>216</sup> ÍDEM.

## **CAPITULO IV: LEGISLACIÓN CHILENA SOBRE DERECHO A UNA MUERTE DIGNA Y DISPONIBILIDAD DE LA VIDA PROPIA.**

Hemos podido dilucidar, a lo largo de la presente memoria que el concepto de muerte digna no es algo ajeno en las legislaciones extranjeras e incluso en la legislación chilena. En este cuarto capítulo analizaremos la concepción chilena del derecho a una muerte digna, desde la ley 20.584 de 2012 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Es esta ley en nuestro país la que reconoció legalmente el consentimiento informado en el área de la salud y, al mismo tiempo, dejó fuera la institución de las voluntades anticipadas o testamento vital. Así también, veremos qué señala la ley en cuanto a capacidad y competencia para acceder a una muerte digna y qué se señala en los casos complejos de manifestación de voluntad.

Dicho lo anterior, el presente capítulo se estructurará en primer lugar, analizando la ya mencionada ley 20.584. Y, en segundo lugar, se analizarán los intentos legislativos presentados en diferentes años en el Congreso Nacional, para regular la materia, es decir, proyectos de ley que han intentado legislar sobre muerte digna, eutanasia y auxilio al suicidio en Chile, siguiendo el ejemplo de las legislaciones extranjeras que fueron revisadas en el capítulo anterior. De estos proyectos, algunos no tuvieron éxito, siendo archivados o rechazados y otros que se encuentran actualmente en tramitación en la Cámara de Diputados.

### **I. LEY 20.584.**

#### **1. Historia de la ley**

La ley 20.584 que fue publicada en el diario oficial el 24 de abril de 2012, tuvo su origen en julio del año 2006, cuando la presidenta Michelle Bachelet en uso de sus facultades, envió al Congreso Nacional el proyecto de ley que regulaba los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Este, fue inspirado en un proyecto de ley sobre derechos y deberes de los pacientes de 2001, el cual fue considerado como el primer paso en la Reforma a la Salud del mismo año. Este proyecto finalmente fue archivado antes de pasar a la Comisión de Salud, por lo que no perseveró en la legislación, sin embargo, este es considerado como un antecedente directo para el proyecto de ley de 2006.<sup>217</sup>

---

<sup>217</sup> *Biblioteca del Congreso Nacional. Historia de la ley N° 20.584.* [en línea]. [Fecha de consulta: noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/4579/>

De esta forma, la necesidad de una ley que regulara la materia era urgente, ya que había muchas prácticas en el área de salud que iban en contra de los nuevos principios y derechos que se estaban gestando en la época. Así, quedó de manifiesto en el mensaje del proyecto de ley de 2006, la importancia de contar con una ley que regulara los derechos y deberes de los pacientes, junto con establecer los principios inspiradores de la ley, los cuales son: la dignidad de las personas, la autonomía de las personas en su atención de salud, el derecho de las personas a decidir informadamente, respeto de los menores de edad, respeto de las personas en situación de salud terminal, respeto de la autonomía frente a la investigación científica, respeto por las personas con discapacidad psíquica o intelectual, confidencialidad de la información de salud, reconocimiento al derecho a la participación ciudadana en salud y marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales.<sup>218</sup>

Como podemos ver, son principios y derechos que hemos tratado a lo largo de la presente memoria, pero que, hasta ese momento, es decir hasta el año 2012, estos no tenían un reconocimiento legal en la legislación. Es por lo anterior, que este proyecto causó mucha expectación en Chile, y fueron varios juristas que se refirieron a la coyuntura en ese momento, ya que para algunos se trataba de un cambio en el paradigma donde se podía abandonar el llamado modelo de beneficencia, donde la asistencia al paciente se realiza buscando lo que es mejor para su salud solo desde la perspectiva del médico, al modelo de la autonomía, que toma en consideración ya no solo la opinión del médico, sino, los valores y creencias del paciente como elementos principales para la determinación de las decisiones finales.<sup>219</sup>

El proyecto fue entendido por Alejandra Zúñiga, como, “una adecuada forma de entender y reconocer los conflictos morales que la suspensión o interrupción de un tratamiento médico significa en el contexto del debate sobre la eutanasia”.<sup>220</sup> Y continúa, “de igual forma, permite delimitar las esferas posibles y legítimas de acción del Estado en aquellos casos en los que los pacientes, por razones de conciencia, deciden no recibir un tratamiento médico necesario para salvar sus vidas. Ello, como se ha señalado, exigirá a los tribunales de justicia el reconocimiento del derecho básico a la autonomía y libertad que cada cual debe tener sobre el propio cuerpo”.<sup>221</sup>

Otro punto relevante que señalar de la promulgación de la ley, es la importancia que tuvo la consagración legal del “consentimiento informado” y la regulación de la muerte digna, centrada en la posibilidad de

---

<sup>218</sup> ÍDEM.

<sup>219</sup> ZUÑIGA, Alejandra. “La nueva ley de derechos del paciente: cambiando el paradigma de la relación entre el paciente, el médico y el juez”. *Anuario de derecho público Universidad Diego Portales*. Santiago, Chile, 2012. pp. 273-288.

<sup>220</sup> ZUÑIGA, Alejandra. “Derechos del paciente y eutanasia en Chile”. *Revista de Derecho*. Chile. Vol. XXI – N°2, 2008. pp. 111-130. p. 130.

<sup>221</sup> ÍDEM.

evitar el ensañamiento u obstinación terapéutica. Sin embargo, lo anterior atrajo el interés de muchas y diferentes disciplinas o grupos dentro de la sociedad que, en algunos casos, vieron que, al reconocer la posibilidad de rechazar un tratamiento médico, se pudiera abrir la puerta de entrada a la instauración de una posible ley de eutanasia.<sup>222</sup> De esta forma, la promulgación de la ley no estuvo exenta de diferentes opiniones por parte de la doctrina y produjo preocupación en los sectores más conservadores de la sociedad. Sin embargo, hubo consenso sobre lo fundamental de regular sobre los derechos y deberes de los pacientes en el área de la salud, los cuales quedaron de manifiesto en la ley.<sup>223</sup>

## 2. Consentimiento informado.

Otro punto relevante que fue consagrado en la ley 20.584 fue el reconocimiento legal del “consentimiento informado”, donde incluso se llegó a señalar de este que, “la ley se centra únicamente en exigir el consentimiento informado como una garantía de los pacientes antes de someterlos a un tratamiento”.<sup>224</sup>

En primer lugar, antes de entrar de lleno en el consentimiento informado, es necesario mencionar que la ley señala que es un derecho de los pacientes el recibir una información suficiente, completa, oportuna y comprensible de todo lo relacionado a su salud, por parte del médico o equipo médico. Esta sería la base para que la persona tenga acceso a un consentimiento informado. Lo anterior se encuentra regulado en el artículo 10 de la ley:

“Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional”<sup>225</sup>

Dicho lo anterior, el consentimiento informado, se encuentra expresamente regulado en la ley, en el párrafo 7° “De la autonomía de las personas en su atención de salud”, donde en su artículo 14 señala:

“Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones

---

<sup>222</sup> ZÚÑIGA, Alejandra. Óp. Cit. p. 117.

<sup>223</sup> *Biblioteca del Congreso Nacional. Historia de la ley N° 20.584.* [en línea]. [Fecha de consulta: noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadela ley/nc/historia-de-la-ley/4579/>

<sup>224</sup> OSSANDÓN, María Magdalena. “El derecho a rechazar tratamientos médicos ¿un reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida?”. *Revista Derecho Público Iberoamericano*. Vol. N°2, 2013. pp. 153-204. p. 185.

<sup>225</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

establecidas en el artículo 16. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10”.<sup>226</sup>

Así, el entendimiento de la ley sobre el consentimiento informado es plenamente acorde con lo que se ha entendido o considerado por la *lex artis* en el ejercicio de la medicina, ya que, en el Código de Ética del Colegio Médico, en su artículo 25 se señala que: “Toda atención médica deberá contar con el consentimiento del paciente”. Y en su inciso segundo: “En caso de procedimientos, diagnósticos o terapéuticos que entrañen un riesgo significativo para el paciente, el médico le proporcionará información adicional de los beneficios y riesgos del mismo, con el fin de obtener su consentimiento específico, imprescindible para practicarlos”.<sup>227</sup>

Sin embargo, es interesante retomar el artículo 14 ya que a continuación, señala, “en ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio”.<sup>228</sup> Así, este inciso está en concordancia con el artículo 16 de la ley, el cual señala que “en ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte”.<sup>229</sup>

Dicho lo anterior, es importante mencionar que existen críticas hacia la forma en que se aborda la materia en la ley. En esa línea, Zúñiga señala que, “el artículo 14 se refiere al rechazo de tratamientos vitales, pero nada señala sobre su ‘interrupción o suspensión’. ¿Están permitidos? Si bien la nueva ley no hace sinónimos los términos rechazo, suspensión e interrupción, sí consta en su mensaje y los documentos que dan cuenta de su historia fidedigna”.<sup>230</sup> También afirma que, “lo relevante para la nueva ley no es distinguir entre actos y omisiones, sino que atender a la intención del agente que, según señala, en ningún caso [...] podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte”.<sup>231</sup> Finalmente critica la labor de los legisladores en torno a la figura del consentimiento informado en la ley, señalando que, “quedará en manos del intérprete –el paciente, el médico y, eventualmente, los tribunales de justicia- la

---

<sup>226</sup> IDEM.

<sup>227</sup> *Código de ética, Colegio Médico de Chile A.G.* [en línea] [fecha de consulta: septiembre 2020] Disponible en: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf)

<sup>228</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

<sup>229</sup> IDEM.

<sup>230</sup> ZÚÑIGA, Alejandra. Óp. Cit. p. 281.

<sup>231</sup> IBID. p. 282.



determinación del contenido exacto del derecho al consentimiento informado, lo cual, cabe concluir, es una situación que el legislador debiera –y podía- haber evitado”.<sup>232</sup>

### 3. Capacidad y competencia en la ley 20.584.

Analizado ya como se entiende el consentimiento informado bajo la ley 20.584, es importante ver cómo es el ejercicio de la autonomía de las personas o, mejor dicho, pacientes, ya que, para estos se exige que se cumplan al menos tres condiciones: 1. Actuar voluntariamente. 2. Tener información suficiente. 3. Tener capacidad.

Sobre esto se debe retomar la materia que fue tratada en el segundo capítulo de la presente memoria, donde la regla general para que una persona pueda manifestar su voluntad sobre una muerte digna es que tenga capacidad plena y competencia y en los casos donde no es así, se tratan como casos complejos de manifestación de voluntad.

En la ley 20.584 hay menciones de lo anterior. En primer lugar, el artículo 10 ya revisado sobre derecho a la información, habla de consciencia y capacidad de comprender del paciente para ser o no informado de manera directa. Esto se puede ver en el artículo 10 inciso 2 señala: “Cuando la condición de la persona, [...], no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de consciencia, la información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre”.<sup>233</sup>

De forma similar, el artículo 15 de la ley, se refiere a la incapacidad de manifestar la voluntad, como una de las situaciones en que no se requerirá el consentimiento del paciente. Así señala, “no obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

- a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones supongan un riesgo para la salud pública.
- 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.

---

<sup>232</sup> IBID p. 285.

<sup>233</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

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.<sup>234</sup>

El artículo anterior, ha sido entendido como un medio que refuerza el modelo de autonomía, donde es el paciente el que decide bajo sus valores y creencias lo que considera que es mejor para él, ya que, a la hora de decidir sobre el inicio o interrupción de un tratamiento médico, salvo que la persona esté incapacitada para expresar su voluntad, se deberá respetar siempre su decisión.<sup>235</sup>

Así también, la ley dedica el párrafo 9° a los “Derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual”. El artículo 23 señala la situación donde, por los efectos negativos que pueda tener la información en el paciente, obliga al profesional a informar al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Por su parte, el artículo 24 hace referencia a que sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15, recientemente revisado, si la persona no puede manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento.<sup>236</sup>

Finalmente, en el artículo 28 de ley, señala expresamente que ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica.

#### 4. Voluntad anticipada

Como hemos visto a lo largo de la memoria, la institución de las voluntades anticipadas es esencial en el mundo de la muerte digna, tanto a nivel doctrinario, médico y legal, y sobre esto pudimos dilucidar su importancia en el derecho comparado. Sin embargo, y a pesar de ser un tema así de relevante, en Chile esto no tienen cabida legal.

En el proyecto de ley original presentado por el gobierno de Michelle Bachelet, se contenían dos artículos donde uno de ellos, el artículo 18, hacía referencia a las voluntades anticipadas. Se señalaba que la persona podría manifestar anticipadamente su voluntad de someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, para lo cual debía expresar esa voluntad por escrito ante

---

<sup>234</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

<sup>235</sup> ZÚÑIGA, Alejandra. Óp. Cit. p. 283.

<sup>236</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

un ministro de fe o, al momento de la internación ante el director del establecimiento. Las condiciones eran que la persona se encontrara en estado terminal e incapacitada de manifestar su voluntad actual.<sup>237</sup>

Lo anterior, fue cuestionado en el segundo trámite legislativo en el Senado, ya que se criticó la generalidad y ambigüedad de su redacción y la posibilidad que se prestara para legalizar la eutanasia o el suicidio asistido, junto con las dificultades para llegar a un equilibrio razonable entre la autonomía del paciente y el deber y responsabilidad de los médicos.<sup>238</sup> Es por lo anterior que finalmente se decidió eliminar el artículo de la ley.

A pesar de la eliminación del artículo, la Comisión se limitó solo a eso, sin preocuparse de concordarlo con los otros artículos, e incluso con el mismo título del párrafo 2°, que mantuvo el nombre alusivo a la voluntad anticipada, tal como lo señala Hernán Corral: “El & 2 de la ley se titula ‘Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente’ y parece dar a entender que se ha recogido la institución de las directivas anticipadas en materia de salud, es decir instrucciones que puede dar una persona sobre los tratamientos médicos que quiere o no recibir para el caso de que más adelante al sufrir de una enfermedad terminal se encuentra incapacitada para expresar su voluntad. Por esto, la labor del jurista [...] se ve complicada al verificarse que no existen normas que expresamente las consagren”.<sup>239</sup>

La eliminación de las voluntades anticipadas de la ley 20.584, no fue bien recibida por un sector de la doctrina que consideró “decepcionante la decisión del legislador de desechar, finalmente, una institución con amplia recepción en el derecho comparado: la expresión de voluntades anticipada o testamento vital. Su regulación estaba incluida en el proyecto original ingresado a la Cámara, pero fue eliminada aun cuando en la mayoría de los países desarrollados ha constituido un mecanismo esencial y efectivo para el reconocimiento de la autonomía de las personas en su atención de salud.”<sup>240</sup>

También es relevante mencionar, aunque volveremos sobre esto más adelante, que en la Cámara de Diputados en la Comisión de Salud se encuentra el proyecto de ley que refunde cuatro mociones de proyectos de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos, donde se busca una legalización de eutanasia, entre otros. En el año 2019, el último movimiento del proyecto refundido fue precisamente la discusión sobre la voluntad anticipada, ya que la Comisión de Salud resolvió el tema del documento de voluntad anticipada, que permitiría una vez promulgada la ley, que las personas puedan solicitar a futuro una

---

<sup>237</sup> *Biblioteca del Congreso Nacional. Historia de la ley N° 20.584.* [en línea]. [Fecha de consulta: noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadela/nc/historia-de-la-ley/4579/>

<sup>238</sup> CORRAL, Hernán. “Actos de disposición sobre el propio cuerpo y directivas anticipadas. Reflexiones desde el Derecho Chileno”. *Revista ADLA. Panorama Internacional.* Vol. N°11, 2017. pp. 119-130. p. 124.

<sup>239</sup> CORRAL, Hernán. Óp. Cit. p. 123.

<sup>240</sup> ZUÑIGA, Alejandra. Óp. Cit. p. 286.

asistencia para morir. De esta forma, se entiende que este documento responde a una petición explícita de la persona respecto de la atención médica que quiere recibir a futuro, para que, frente a ciertas circunstancias médicas, se pida que se trate al paciente de una manera u otra y que se practique la eutanasia, si es el caso. También la propuesta define que los documentos de voluntad anticipada deberán ser registrados e incorporados en el Registro Nacional de Testamentos, pudiendo ser reiterados, revocados o adaptados en cualquier momento. De no constar en dicho registro, se entenderán nulos para todos los efectos legales. Finalmente, se señala que, en la declaración, además, se podrán designar una o varias personas de confianza, mayores de edad, clasificadas por orden de preferencia y prelación, para que manifiesten al médico la voluntad del paciente.<sup>241</sup>

Lo anterior, si se llegase a concretar, sería un avance enorme en temas de muerte digna, ya que como hemos visto, los documentos de voluntad anticipada son la expresión esencial de muerte digna, autonomía y dignidad.

#### 5. Comités de ética.

La ley 20.584, introdujo las bases para la creación de los Comités de Ética. Así, el artículo 17 señala, que en el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por esta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento. También menciona que la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, también podrá solicitar la opinión de dicho comité. Así, el pronunciamiento del comité se entiende que tendrá sólo el carácter de recomendación. Y si el paciente o quien lo represente, no está conforme con la opinión del comité, podrá solicitar a la Corte de Apelaciones de su domicilio, la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias.<sup>242</sup>

De igual manera, el artículo 20 de la ley 20.584, consagra la creación de un reglamento expedido por el Ministerio de Salud, donde, “se establecerán las normas necesarias para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección [...] Dichos comités deberán existir al menos en los siguientes

---

<sup>241</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados. Centro de Prensa. Continúa votación de proyectos sobre muerte digna y cuidados paliativos.* [en línea] [fecha de consulta: septiembre 2020] Disponible en: [https://www.camara.cl/prensa/sala\\_de\\_prensa\\_detalle.aspx?prmId=137702](https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmId=137702)

<sup>242</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

establecimientos, siempre que presten atención cerrada: autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad”.<sup>243</sup>

De esta forma, en octubre de 2012, es decir seis meses después de la publicación de la ley 20.584, fue aprobado el Reglamento N° 62, del Ministerio de Salud, para la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial. En este se señala la necesidad de regular la creación de Comités de Ética, su composición, funciones y periodicidad de sus sesiones, como los mecanismos de acceso de que dispondrán los usuarios y los profesionales que requieran de su opinión bajo la ley 20.584.<sup>244</sup>

Así, el reglamento señala que los comités son órganos colegiados de deliberación de carácter conflictivos e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre conflictos éticos en la salud, de esta forma mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas. Además, estos podrán constituirse en todos los prestadores institucionales, tanto públicos como privados.<sup>245</sup>

Finalmente, también es importante mencionar que el artículo 8 del reglamento señala explícitamente las funciones de los comités de ética:

1. Asesorar a los usuarios o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud.
2. Contribuir a la protección de los derechos de los usuarios en su relación con los prestadores y proponer a la institución las medidas adecuadas.
3. Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas.
4. Elaborar y aprobar un reglamento de régimen interno.
5. Proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones en las que puedan surgir frecuentemente conflictos éticos.
6. Promover la formación en bioética de los prestados individuales y su difusión.
7. Elaborar una memoria anual de actividades.
8. En general, asesorar a los profesionales de la salud, prestadores y usuarios en la toma de decisiones que susciten conflictos éticos en la atención de salud.<sup>246</sup>

---

<sup>243</sup> IDEM.

<sup>244</sup> *Ministerio de Salud. Reglamento N°62 para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética asistencial. Octubre de 2012.* [en línea] [Fecha de consulta: noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/cff302521ff8efc5e040010164012b09.pdf>

<sup>245</sup> IDEM.

<sup>246</sup> IDEM.

## II. INTENTOS LEGISLATIVOS SOBRE MUERTE DIGNA Y EUTANASIA.

Como ya fue explicado, en esta segunda parte del capítulo, revisaremos los intentos legislativos que se han llevado a cabo en Chile, con el fin de legislar sobre muerte digna. Se presentarán tanto proyectos de ley rechazados o archivados, como proyectos actualmente en tramitación. De esta forma en este primer apartado veremos los intentos fallidos de legislar, por haber sido archivados o rechazados.

### 1. Boletín 3.690-11: Regula la aplicación de la eutanasia en los casos que indica.

Fecha de ingreso: 05 de octubre de 2004

Cámara de origen: Senado

Estado: Archivado

El presente proyecto de ley estuvo fuertemente inspirado en el proyecto de ley de 2001, que señalábamos como la fuente de inspiración que tuvo la ley 20.584, ya que además de la pretensión de regular la eutanasia, quería establecer ciertos derechos y deberes de las personas en el contexto de la práctica médica. Así también, se puede notar la influencia que tuvo la eutanasia como un avance legislativo en el derecho comparado, ya que como podremos recordar, el año 2001 Holanda, se convirtió en el primer país del mundo, con la ley 26691/2001, en lograr legalizar la eutanasia y el auxilio al suicidio, incluyendo así mismo, una eximente de responsabilidad en el Código Penal holandés.

El proyecto de ley se posicionó como el medio legislativo para legalizar la eutanasia en Chile, configurándose así el derecho a una muerte digna. Así, el proyecto inicia señalando que, “para los efectos de esta ley se entenderá como eutanasia la acción u omisión de un médico que por su naturaleza o intención provoque la muerte de un paciente que, cumpliendo los requisitos y manifestando su consentimiento en los términos que esta ley señala, ha expresado la firme voluntad de poner término a su vida por razones humanitarias”<sup>247</sup>

En cuanto a la estructura del proyecto de ley, este se encuentra segmentado en tres apartados. En primer lugar, se regula la eutanasia pasiva, en segundo lugar, la eutanasia activa y finalmente la creación, funcionamiento y procedimiento de los Comités de Ética.

Sobre la clasificación de eutanasia, debemos recordar lo que se señalaba en el segundo capítulo de la memoria. En el proyecto se entiende como eutanasia pasiva el “derecho de todo paciente terminal otorgar

---

<sup>247</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N° 3.690-11: Regula la aplicación de la eutanasia en los casos que indica.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=4085&prmBOLETIN=3690-11>

o denegar su consentimiento a cualquier procedimiento médico que estime invasivo, complejo o innecesario”.<sup>248</sup> Y por 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, [...] que la muerte le sea provocada deliberadamente por un médico cirujano”.<sup>249</sup>

De esta forma, para ambos tipos de eutanasia, se establece que, para ejercer ese derecho, el paciente debe estar al tanto de forma previa y en lenguaje comprensible de toda la información y de forma completa de su enfermedad, sus implicancias y los posibles tratamientos. Y al momento de expresar su voluntad el paciente podrá realizarlo de forma verbal quedando siempre constancia por escrito, configurándose así el consentimiento informado.

Es importante mencionar que a diferencia de la ley 20.584, en este proyecto existe una mención explícita sobre la situación de niños, niñas y adolescentes señalando que “En caso de menores de edad la decisión de someter o no al paciente [...] será adoptada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos”.<sup>250</sup> Lo anterior, para ambos casos de eutanasia.

Y en el caso de tratarse de pacientes legalmente incapaces, en ambos casos la decisión podrá ser adoptada por el representante legal y a falta de este, por el cónyuge. Si faltaran ambos la decisión será tomada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.

El proyecto, regulaba igualmente la creación de los Comités de Ética, los cuales tenían como objetivo, “velar por el adecuado cumplimiento de los requisitos que hacen procedente la eutanasia y, verificados fehacientemente éstos, autorizarla”.<sup>251</sup> Y en cuanto al procedimiento, este señalaba que el comité en el plazo de 5 días hábiles debía aprobar o rechazar la solicitud de eutanasia, la cual debía cumplir todos los requisitos. Y finalmente otorgada la autorización esta sería comunicada al Juzgado del Crimen, es esa época, correspondiente al lugar donde se practicará la eutanasia.

Otro elemento relevante que tenía este proyecto es que, en su último artículo, señalaba que debía agregarse en el artículo 10 numeral 14 del Código Penal, la eximente de responsabilidad correspondiente.

---

<sup>248</sup> IDEM.

<sup>249</sup> IDEM.

<sup>250</sup> IDEM.

<sup>251</sup> IDEM.

Así, “agréguese al artículo 10° del Código Penal el siguiente numeral 14: ‘El médico cirujano que practique eutanasia en los casos expresamente previstos por la ley’”.<sup>252</sup>

Finalmente, en agosto de 2007, bajo el oficio N° 345/S-2007, fue archivado el proyecto de ley, que se encontraba en primer trámite constitucional en el Senado, por no realizarse ninguna diligencia o pronunciamiento útiles en torno a los asuntos en ellos contenidos, durante más de dos años. Fue así como el primer intento de eutanasia fue desechado.

## 2. Boletín 4.201-11: Establece regulación legal de la eutanasia.

Fecha de ingreso: 11 de mayo de 2006

Cámara de origen: Cámara de Diputados

Estado: Archivado

Como veremos en el análisis de este boletín, es notoria la influencia del proyecto de ley de 2004, llegando incluso este a ser mencionado en la moción. “En proyectos radicados pero que no reflejan movimiento, como el caso del proyecto [...] presentado por el Senador Ávila (Boletín 3.690-11), que al decir de su autor recoge aspectos esenciales del proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud [...] en junio de 2001, que han sido ilustrativos y que junto a los modelos comparados han servido de base al presente proyecto de ley”.<sup>253</sup>

Sin embargo, y a pesar de las semejanzas que existen entre ambos, el Boletín N° 4.201-11, a diferencia del proyecto de ley anteriormente revisado, tenía la finalidad de, en primer lugar, agregar en el libro I del Código Sanitario, el título VI con sus párrafos y artículos (artículos 54 bis a 54 bis Ñ) respectivos. Y, en segundo lugar, sustituir el artículo 393 del Código Penal, con el siguiente enunciado:

- “Art. 393. El que quita 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

---

<sup>252</sup> IDEM.

<sup>253</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°4.201: Establece regulación legal de la eutanasia.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=4592&prmBOLETIN=4201-11>



título VI del Código Sanitario y se lo haya comunicado a la comisión ética de comprobación.<sup>254</sup>

De esta forma, y retomando lo señalado como propuesta legislativa de modificar el Código Sanitario, veremos a continuación lo que se planteaba en cuanto a la regulación legal de la eutanasia, en el título VI del Código.

En primer lugar, este boletín propone una conceptualización diferente de eutanasia, siendo esta definida como, “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”.<sup>255</sup>

En cuanto a las definiciones de eutanasia pasiva y activa no varían en este proyecto, al igual que el entendimiento de la información que se le debe entregar al paciente y la consagración del consentimiento informado. Igualmente, el paciente deberá manifestar su voluntad de forma verbal, pero quedando constancia por escrito y con las solemnidades que se solicitan para ser un consentimiento válido.

De igual forma, no hay variación sobre la situación de niños, niñas y adolescentes, siendo los padres de común acuerdo los que deben tomar la decisión. Donde sí se produce una variación es en el caso de personas legalmente incapaces ya que, bajo el entendimiento de este boletín, la decisión solo podrá ser tomada por el representante legal y ya no por familiares.

Otra variación que introduce este Boletín es sobre los Comités de Ética, ya que los denomina como Comisión Ética de Comprobación. Sin embargo, las funciones y procedimientos no varían, siendo el objetivo de estos, “velar por el adecuado cumplimiento de los requisitos que hacen procedente la eutanasia y, verificados fehacientemente éstos, autorizarla”.<sup>256</sup> Por otro lado, el plazo continúa siendo de 5 días hábiles para otorgar la correspondiente aprobación o rechazo de la solicitud de eutanasia. Donde sí hay diferencia, pero por el avance procesal penal, al ser más moderno este Boletín, señala que “otorgada la autorización correspondiente esta le será comunicada al Juzgado de Garantía y a la Fiscalía Local, correspondiente al lugar donde se practicará la eutanasia”.<sup>257</sup>

Finalmente, el Boletín 4201-11, en octubre de 2008, estando en el primer trámite constitucional en la Comisión de Salud, se solicitó por esta, el archivo del proyecto por haber transcurrido más de dos años sin que se haya pronunciado sobre ellos, siendo lo anterior aprobado. Ya en marzo del año 2011, por el

---

<sup>254</sup> IDEM.

<sup>255</sup> IDEM.

<sup>256</sup> IDEM.

<sup>257</sup> IDEM.

Oficio N°7-2011 la Comisión de Salud, comunica que remite al archivo el proyecto, siguiendo la misma suerte que el proyecto de ley del año 2004.

### 3. **Boletín 4.271-11 y Boletín 9.602-11. (Refundidos)**

En el caso de estos dos proyectos de ley, serán analizados conjuntamente ya que fueron refundidos ambos boletines en 2015. Sin embargo, para su análisis y mejor entendimiento de las propuestas legislativas que ambos proponen, serán tratados en diferentes apartados.

#### 3.1. **Boletín 4.271-11: Proyecto de ley que establece el derecho a la muerte digna**

Fecha de ingreso: 23 de junio de 2006

Cámara de origen: Senado

Estado: Tramitación terminada por rechazo del proyecto.

El Boletín 4.271-11, se trataba de un proyecto de ley, que constaba de 5 artículos, que tenían como objetivo, tal señala su nombre, establecer el derecho a una muerte digna. Para esto, en su primer artículo, se señala: “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”.<sup>258</sup>

Una particularidad que tiene este Boletín es la propuesta de instaurar la figura del “Curador”, que es el cargo que se impone a una persona a favor de aquellos que no pueden dirigirse a sí mismos o administrar competentemente sus bienes. Así, el artículo 3 señala que, “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”.<sup>259</sup> Así también, se plantea en el artículo 4 del mismo documento, que “estando en una situación de enfermedad que pueda desencadenar en la muerte, toda persona puede manifestar directamente su voluntad o nombrar el curador especial, por cualquier medio que exprese inequívocamente su consentimiento”. Finalmente, se señala que, “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”.<sup>260</sup>

---

<sup>258</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°4.271-11: Establece el derecho a la muerte digna.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en:

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=4662&prmBOLETIN=4271-11>

<sup>259</sup> IDEM.

<sup>260</sup> IDEM.

Este Boletín, finalmente, en su primer trámite constitucional en el Senado, estando en la Comisión de Salud, fue archivado en agosto de 2008, a petición de dicha Comisión. Luego, en marzo de 2011, fue desarchivado a petición de un parlamentario, lo cual no tuvo éxito ya que fue archivado nuevamente en enero de 2012. Sin embargo, en enero de 2014 fue desarchivado de nuevo. Posteriormente en abril de 2015, la Sala acuerda, a proposición de la Comisión de Salud, refundir este proyecto con el Boletín 9602-11, que revisaremos a continuación.

### 3.2. Boletín 9.602-11: Modifica Código Sanitario, para regular la eutanasia.

Fecha de ingreso: 24 de septiembre de 2014

Cámara de origen: Senado

Estado: Tramitación terminada por rechazo del proyecto.

Tal como se señaló, este Boletín 9.602-11, fue refundido con el proyecto anterior. Por lo que, ahora veremos qué propuesta legislativa tenía esta moción de 2014 sobre la regulación de la eutanasia. Es importante recordar que, a diferencia de los proyectos anteriores, este se estaba gestando dos años después de dictada la ley 20.584, lo cual es evidente en la redacción del proyecto.

Este proyecto de ley pretende establecer la regulación, tanto de la eutanasia pasiva como la activa, sus definiciones, requisitos de procedencia, así como la posibilidad de otorgar un testamento vital por las personas plenamente capaces. Y al igual, deja en claro la justificación de la conducta desde el Derecho Penal, con la modificación correspondiente al código.

El proyecto inicia en primer lugar con la modificación al Libro I del Código Sanitario, agregando un título VI con sus párrafos y artículos (art. 54 bis a art. 54 quáter D) respectivos. Así, el artículo 54 bis, señala la definición de eutanasia para los efectos del proyecto, la cual “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”.<sup>261</sup>

Luego, la regulación de la eutanasia pasiva es claramente diferente a lo que hemos estado revisando en los proyectos de ley anteriores, ya que bajo esta propuesta se señala que, “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”. Y a continuación, el siguiente artículo señala que, a pesar de lo expresado, la voluntad del paciente no tendrá efecto alguno en los siguientes casos:

---

<sup>261</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°9.602-11: Modifica Código Sanitario, para regular la eutanasia.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=10018&prmBOLETIN=9602-11>

- La falta de aplicación de procedimientos, tratamientos o intervenciones supongan un riesgo para la salud pública.
- La condición de salud o cuadro clínico del paciente implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergradable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento del representante legal, de su apoderado o la persona a cargo de su cuidado, según corresponda.
- Incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal.<sup>262</sup>

En cuanto a la eutanasia activa se señala que, “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”.<sup>263</sup> Y a continuación, a diferencia, de los proyectos anteriores, se señalan los requisitos que debe cumplir el médico tratante para ejercer este derecho, los cuales son:

1. Proporcionar previamente y en lenguaje comprensible la 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.<sup>264</sup>

Otra nueva propuesta que contenía este proyecto de ley era la consagración legal del testamento vital de personas plenamente capaces. Este se encontraba regulado de igual forma, para ambos tipos de eutanasia, señalando que:

“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”.<sup>265</sup>

---

<sup>262</sup> IDEM.

<sup>263</sup> IDEM.

<sup>264</sup> IDEM.

<sup>265</sup> IDEM.

Donde no hubo diferencias con los anteriores proyectos fue en la forma de manifestar la voluntad del paciente ya que esta podía ser verbalmente quedando constancia por escrito, en ambos casos eutanásicos. Igualmente, no hubo variación en la situación de la toma de decisiones en los casos de niños, niñas y adolescentes, ya que la decisión podrá ser tomada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos y en el caso de personas legalmente incapaces será por el representante legal. También se mantuvo la concepción de Comisión Ética de Comprobación, que debía velar por el adecuado cumplimiento de los requisitos que hacen procedente la eutanasia.<sup>266</sup>

Ya entrando a la modificación del Código Penal, se señala en el proyecto la sustitución del artículo 393, de la siguiente forma:

**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 refieren 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.<sup>267</sup>

### 3.3. Decisión legislativa sobre proyectos de ley refundidos.

Como habíamos mencionado, este proyecto de ley (9.602-11) fue refundido con el Boletín 4.271-11, en el año 2015 a petición de la Comisión de Salud. Y a diferencia de los primeros dos proyectos que revisamos, que fueron archivados, estos tuvieron su respectiva votación en el Senado. De esta forma y ya refundidos los proyectos, estos se encontraban en el primer trámite constitucional. En mayo de 2015 fue emitido el primer informe de la Comisión de Salud, donde se materializaba las discusiones y posterior votación de dicha Comisión en cuanto a su aprobación o rechazo. Así, sometidos a votación en general, terminaron por ser rechazados los proyectos de ley, por la mayoría de sus miembros.

---

<sup>266</sup> IDEM.

<sup>267</sup> IDEM.

Luego, en mayo de 2015 los proyectos de ley fueron sometidos a discusión general en el Senado. Finalmente, después de una larga discusión parlamentaria y terminada la votación, fueron rechazados los proyectos de ley, en general, por 18 votos contra 13.

Señalado lo anterior, damos por terminado este apartado sobre intentos legislativos en Chile, para regular la muerte digna como un derecho, y la regulación legal de la eutanasia como un medio de ejercer este derecho.

Como pudimos notar, los Boletines propuestos por parlamentarios y parlamentarias, siguieron dos caminos, por un lado, fueron archivados, por el poco interés legislativo y, por otro lado, terminaron siendo rechazados en primera instancia. Ahora, analizaremos los Boletines que actualmente se encuentran siendo tramitados.

### **III. PROYECTOS DE LEY ACTUALMENTE EN TRAMITACION EN EL CONGRESO NACIONAL.**

En el presente apartado, analizaremos cinco proyectos de ley, de los cuales cuatro fueron refundidos en agosto de 2018. Es por esto que, en primer lugar, analizaremos de forma conjunta, pero en diferentes numeraciones los Boletines refundidos en la Cámara de Diputados, para el mejor entendimiento de la propuesta legislativa. Y, en segundo lugar, de forma separada, se analizará el último Boletín ingresado al Senado en mayo de 2018, que tiene como objetivo modificar la ley 20.584, en lo relativo al suicidio asistido.

#### **1. Boletines refundidos en la Cámara de Diputados.**

##### **1.1. Boletín 7.736-11 (2011): Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable.**

Fecha de ingreso: 16 de junio de 2011

Cámara de origen: Cámara de Diputados

Estado: Primer trámite constitucional.

En las reflexiones introductorias del proyecto de ley, se manifiesta de forma relevante el respeto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones relativas a su salud, y la importancia de regular legalmente la eutanasia como un medio para una muerte digna de pacientes con enfermedades terminales e incurables.

Por esto, el artículo primero del proyecto de ley señala que, “se entenderá por eutanasia la conducta ejecutada con el fin de causar en forma directa la muerte de un paciente que padece una lesión o enfermedad terminal e incurable. No será sometida a sanción penal la eutanasia cuando ésta sea de carácter voluntario”.<sup>268</sup>

A continuación, se mencionan los requisitos copulativos, para que una eutanasia tiene el carácter de voluntario. Los cuales son:

1. Que su aplicación sea solicitada y autorizada en forma expresa e inequívoca por el propio paciente.
2. Que sea llevada a cabo por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión.
3. Que se lleve a cabo a través de un medio o sistema que la ley considere válido para dicho efecto.
4. Que el paciente, al momento de solicitar su aplicación, sea mayor de edad y esté en uso de sus facultades mentales.<sup>269</sup>

Así mismo, el siguiente artículo, menciona los requisitos para que un medio o sistema utilizado, o su modo de aplicación sea válidos para la aceleración de la muerte. Estos son:

1. Estar reconocido por la ciencia médica como idóneo para acelerar la muerte.
2. Causar el menor sufrimiento posible, tanto físico como psicológico, al paciente.
3. Considerar en todo momento y por sobre todo el respeto de la dignidad humana del paciente.<sup>270</sup>

Luego, regula la forma en la que se debe realizar la manifestación de voluntad de ser sometido a procedimientos médicos, la que, “deberá constar por escritura pública otorgada ante Notario Público y dos testigos plenamente capaces y con domicilio en Chile”.<sup>271</sup>

Algo nuevo que quiere introducir el proyecto de ley, es la consagración de la voluntad anticipada en la legislación, mediante la posibilidad de que el testador, es su testamento, pueda manifestar expresamente su intención de ser sometido a un procedimiento de eutanasia, para el caso de que en el futuro se encuentre en un estado de tal incapacidad física que le impida manifestar su voluntad. Dejando el proyecto, la posibilidad de ser una cláusula revocable siempre que el testador tenga plena capacidad para testar.

---

<sup>268</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°7.736-11: Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en:

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=8130&prmBOLETIN=7736-11>

<sup>269</sup> IDEM.

<sup>270</sup> IDEM.

<sup>271</sup> IDEM.

A continuación, el proyecto señala las modificaciones necesarias a diferentes cuerpos legales. En primer lugar, señala modificaciones a los artículos 999 y 1005 del Código Civil, para concretar el derecho del testador a manifestar su voluntad anticipadamente. Y, en segundo lugar, agrega incisos segundo y tercero al artículo 393 del Código Penal:

- “La pena prevista en el inciso anterior no se aplicará al médico que, en cumplimiento de la voluntad expresa e inequívoca del paciente relativa a poner término a su vida y en concurso de los requisitos prescritos por la ley, prestare su auxilio a éste a través de la aplicación de procedimientos médicos destinados a acelerar su muerte.
- “El que dolosamente engañare o forzare a otro a prestar su consentimiento para ser sometido a procedimientos médicos destinados a acelerar su muerte, será sancionado con la pena de presidio mayor en su grado mínimo a medio en el caso de que la muerte se verificare. En igual pena incurrirá el facultativo que, habiendo tomado conocimiento de la revocación de la autorización del paciente para someterse al procedimiento de aceleración de su muerte, de todos modos, lo ejecutase y ésta se produjese”.<sup>272</sup>

1.2. Boletín 9.644-11 (2014): Modifica diversos cuerpos legales con el objeto de permitir la eutanasia, haciendo efectiva la autonomía de las personas en caso de enfermedades terminales.

Fecha de ingreso: 09 de octubre de 2014

Cámara de origen: Cámara de Diputados

Estado: Primer trámite constitucional

Este proyecto de ley tiene la intención directa de modificar la ley 20.584, el Código Penal y el Código Civil. Es importante señalar, que este proyecto fue ingresado a la Cámara de Diputados, en 2014, es decir, dos años después de dictada la ley 20.584. Es por lo anterior que la gran mayoría de la propuesta legislativa está enfocada en modificar dicho texto legal.

Así, el Boletín inicia señalando las modificaciones a la ley 20.584, que tienen un claro objetivo de lograr una coherencia entre las leyes existentes y la pretensión de regular legalmente la eutanasia en personas con enfermedades terminales. De esta forma, se quiere agregar disposiciones como la letra d) en el artículo 5: “Respetar y hacer cumplir la voluntad del paciente debidamente expresada en la forma y los casos que establece esta ley”.<sup>273</sup> De la misma forma, se quiere eliminar el inciso tercero del artículo 14,

---

<sup>272</sup> IDEM.

<sup>273</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°9.644-11: Modifica cuerpos legales para permitir eutanasia, haciendo efectiva la autonomía de personas con enfermedades terminales.* [en línea] [fecha



que desde la dictación de la ley 20.584, había sido la gran limitante para cualquier propuesta de eutanasia ya que señala que “en ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio”.<sup>274</sup>

En concordancia con lo anterior, se quiere eliminar el primer inciso del artículo 16 que expresa: “En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte”.<sup>275</sup>

El proyecto, también propone agregar en el párrafo seis de la ley 20.584, el &3 “Del derecho a no padecer dolores o sufrimientos innecesarios, evitar la prolongación artificial de la vida y a solicitar que se le provoque directamente la muerte”. Contando con una serie de artículos (16 A, B, C, D, E) que regulan lo anterior. Así, se señalan los requisitos para ejercer el derecho, los cuales son:

1. Haber sido diagnosticado por al menos dos médicos especialistas en la patología donde el estado de salud es terminal o en estado de sufrimiento físico o mental constante e insoportable que no puede ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas y que resulta de una lesión o condición patológica incurable.
2. Ser mayor de edad.
3. Encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales al momento de la solicitud.
4. Manifestar su voluntad de manera expresa e inequívoca y libre de cualquier presión externa.<sup>276</sup>

Se señala igualmente, que es deber del médico, proporcionar al paciente toda la información de forma completa acerca de su diagnóstico, tanto como tratamientos, opciones, derechos, etc. En cuanto a la forma de manifestar la voluntad por parte del paciente, esta deberá ser expresa, inequívoca y manifestarse por escrito. Consagra de igual forma la institución de las voluntades anticipadas, ya que, “la voluntad manifestada por medio de un testamento se registrará según lo dispuesto en el Título Tercero del Libro Tercero del Código Civil”.<sup>277</sup> Para esto, y al igual que el proyecto de ley anterior, se señalan modificaciones al Código Civil, en sus artículos 999 y 1005, para regular la posibilidad de manifestar la voluntad previamente en el testamento.

---

de consulta: noviembre 2020] Disponible en:

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=10063&prmBOLETIN=9644-11>

<sup>274</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

<sup>275</sup> IDEM.

<sup>276</sup> IDEM.

<sup>277</sup> IDEM.

De igual forma, propone la modificación del artículo 393 del Código Penal, señalando que: “No será aplicable la pena prevista en el inciso anterior al médico que, conforme a los procedimientos previstos en la ley 20.584, cause o preste auxilio a la muerte del paciente que, cumpliendo con los requisitos y formas establecidas por la ley, ha solicitado de manera expresa e inequívoca poner término a su vida”.<sup>278</sup>

1.3. Boletín 11.577-11 (2018): Modifica la ley 20.584, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia.

Fecha de ingreso: 17 de enero 2018

Cámara de origen: Cámara de Diputados

Estado: Primer trámite constitucional

El Boletín, en su considerando, menciona la importancia de reconocer en Chile el derecho a una muerte digna, ya que, en ese momento, y existiendo la ley 20.584, se señala que esta, “no establece expresamente este derecho, sino que lo sujeta a restricciones ajenas a la propia persona o paciente, limitándolo por factores externos, que se imponen, sin dejar espacio a la disidencia”.<sup>279</sup>

Es por lo anterior que se expresa que la eutanasia debería estar disponible para cualquier persona que sufriese una condición médica dolorosa e irremediable, para pacientes con enfermedades terminales, pacientes aquejados por una enfermedad grave pero que no es necesariamente terminal, sino que es incurable y no es previsible una cura en un corto o mediano plazo y pacientes que se encuentran próximos a morir o cuya muerte es razonablemente previsible.

Así, el proyecto se estructura bajo la propuesta de tres artículos. El primero, propone agregar un nuevo inciso al artículo 16 de la ley 20.584, el cual regularía la solicitud al médico especialista tratante, de tener una muerte digna mediante un procedimiento de eutanasia o mediante la renuncia al tratamiento médico aplicado hasta ese momento. Para lo anterior se señalan como requisitos:

- a. El médico tratante debe informar al paciente acerca de su estado de salud y de su esperanza de vida. Además, un médico psiquiatra o un psicólogo deben ser consultados, y todos los procedimientos se deben informar a la autoridad sanitaria.
- b. La muerte digna se llevará a cabo mediante la aplicación de sustancias intravenosas, que se administrarán por parte del personal médico, mediante la autoadministración o mediante la

---

<sup>278</sup> IDEM.

<sup>279</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°11.577-11: Modifica la ley N°20.584, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12093&prmBOLETIN=11577-11>

renuncia a los tratamientos médicos que hasta la fecha se hayan estado aplicando al paciente y que en todo caso desencadenen directamente la muerte del paciente.

- c. Los pacientes deberán ser mayores de edad, con residencia legal en el país, sufrir alguna enfermedad terminal que le provocan un dolor intenso o un sufrimiento significativo físico y/o psicológico o por una enfermedad incurable en un plazo de proyección de seis meses o cuya esperanza de vida sea inferior a seis meses.
- d. El paciente debe, conscientemente, solicitar la asistencia de la muerte, la cual deberá ser autorizada por el médico especialista y consentida por un médico psiquiatra o psicólogo.<sup>280</sup>

Luego, el segundo artículo, regula que se establecerá un período de adaptación, para todos los centros hospitalarios o de salud o clínicas, de un año, contado desde la entrada en vigencia de esta ley. Esto con el fin de establecer los protocolos de aceptación, firma e inclusión en la ficha clínica de paciente en relación con el otorgamiento del consentimiento informado.

Finalmente, el tercer artículo propone la derogación del inciso tercero del artículo 14 de la ley 20.584: “En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio”.<sup>281</sup>

1.4. Boletín 11.745-11 (2018): Establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica en conformidad a ello el Código Penal.

Fecha de ingreso: 16 de mayo de 2018  
Cámara de origen: Cámara de Diputados  
Estado: Primer trámite constitucional

El presente proyecto tiene la estructura de 9 artículos, de los cuales el primero contiene el objetivo de la ley señalando que es, “regular la acción de poner término a la vida de una persona mayor de edad, a solicitud de ésta y en conformidad a los artículos siguientes”.<sup>282</sup>

Para llevar a cabo la decisión anterior, que es personal e indelegable, se debe tratar de una enfermedad incurable y progresivamente letal, que cause un padecimiento físicamente insoportable. Igualmente se deberán cumplir los siguientes requisitos:

---

<sup>280</sup> IDEM.

<sup>281</sup> IDEM.

<sup>282</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°11.745-11: Establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica el Código Penal.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12267&prmBOLETIN=11745-11>

1. Paciente debe ser mayor de edad.
2. Ser ratificado el diagnóstico por dos médicos especialistas.
3. La voluntad deberá ser manifestada de forma libre y espontánea, exenta de toda presión, ante un ministro de fe (notario público) y tres testigos, quienes no podrán tener intereses patrimoniales o ser del equipo médico.
4. La certificación de un médico psiquiatra que señale el hecho de encontrarse la persona apta para la toma de decisiones como la regulada en esta ley.<sup>283</sup>

El cuarto artículo del proyecto indica que siempre se deberá solicitar la opinión a la Comisión Médica del establecimiento o quien lleve a cabo sus funciones según el artículo 17 de la Ley N° 20.584 (Comités de Ética). En caso de negativa por parte del Comité, el interesado podrá solicitar a la Corte de Apelaciones del domicilio del actor la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Para lo anterior, se señala que esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso de protección establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.<sup>284</sup>

Este cuarto artículo, fue remitido a la Corte Suprema, con el objeto de que se pronunciara sobre la Comisión Médica y la posibilidad de accionar un recurso de protección. En cuanto a lo primero, sobre las posibles diferencias de la Comisión médica con los Comités de Ética regulados en la ley 20.584, la Corte Suprema señaló que, “para alcanzar una interpretación armónica y sistemática del proyecto, parece ser que, en dicho cuerpo, en definitiva, se hace referencia a los Comité de Ética establecidos en la Ley 20.584, antes transcrita, y en ningún caso a las Comisiones Médicas antes referidas en el DL 3.500”.<sup>285</sup> Y continúa indicando que, “es imprescindible que se aclare de forma expresa el texto del anteproyecto presentado”.<sup>286</sup>

Sobre lo segundo, es decir, la revisión de la decisión del Comité ético por parte de la Corte de Apelaciones mediante la tramitación de un recurso de protección, la Corte Suprema indicó que, “se aprecia adecuado para el fin propuesto en la iniciativa de ley, aun cuando todavía sería posible dotarlo de otras particularidades específicas para propender a su pronta resolución, como sería asignarle preferencia para su conocimiento y fallo”.<sup>287</sup> Lo anterior, no fue unánime ya que contó con el voto en contra de varios ministros y ministras de la Corte, que expresaron, “teniendo presente que la materia de

---

<sup>283</sup> IDEM.

<sup>284</sup> IDEM.

<sup>285</sup> *Corte Suprema, oficio N°62-2018. Informe proyecto de ley 13-2018. Antecedente: Boletín N°11.745-11, Santiago, 26 de junio de 2018.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12267&prmBOLETIN=11745-11>

<sup>286</sup> IDEM.

<sup>287</sup> IDEM.

la acción judicial contemplada en el artículo 4º del proyecto de ley, por su especialidad, amerita contar con un procedimiento específico adecuado a la naturaleza de ese requerimiento, en lugar de la tramitación prevista para la acción estatuida en el artículo 20 de la Carta Fundamental”.<sup>288</sup>

Este proyecto, introduce dos nuevos elementos, la prohibición de publicidad y la objeción de conciencia del médico. En primer lugar, existiría una prohibición de publicidad, sobre “la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para aplicación de métodos destinados a poner término a la vida de las personas en el caso previsto en esta ley”.<sup>289</sup> Y en segundo lugar, sobre la objeción de conciencia se señala que, “el médico cirujano al cual se le haya solicitado poner término a la vida de una persona, podrá negarse cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa”.<sup>290</sup>

Finalmente se propone una nueva tipificación penal, agregándose un nuevo artículo, el 393 bis:

- “**Artículo 393 bis.** El que mate a otro, aun mediando la voluntad expresa del mismo, pero sin dar cumplimiento a los requisitos legales para ello, será castigado con pena de presidio menor en su grado máximo.”.<sup>291</sup>

#### 1.5. Tramitación de proyectos de ley refundidos.

Ya analizados los 4 proyectos de ley refundidos en la Cámara de Diputados, ahora es necesario revisar cómo ha sido la tramitación de los proyectos, qué se ha dicho sobre ellos y en qué etapa se encuentran.

En primer lugar, estos fueron refundidos en agosto de 2018, luego de que la Comisión de Salud emitiera un oficio solicitando recabar el acuerdo de la Sala para refundir los proyectos, lo cual fue claramente aprobado. Luego, en septiembre de 2019, es decir, un año después de refundidos los textos, y estando en el primer trámite constitucional, la Comisión de Salud emitió el primer informe de la Comisión recaído en los cuatro proyectos de ley, sobre muerte digna y cuidados paliativos.

El presente informe es fundamental, ya que como veremos, luego de una ardua discusión, la Comisión de Salud propuso un nuevo proyecto de ley, resultante de todas las indicaciones, artículos rechazados,

---

<sup>288</sup> IDEM.

<sup>289</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°11745-11: Establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica el Código Penal.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en:

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12267&prmBOLETIN=11745-11>

<sup>290</sup> IDEM.

<sup>291</sup> IDEM.

aprobados, etc. de las sesiones de dicha comisión. Así, para el análisis de este iremos por las etapas que se tuvo que pasar para llegar a dicho resultado.

En primer lugar, en cuanto a la discusión, se señala la exposición de los autores de las mociones, de autoridades y especialistas en el tema, como juristas y médicos. Luego, en cuanto a la votación general del proyecto refundido, la Comisión procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por la mayoría absoluta de los diputados presentes.<sup>292</sup> De esta forma, el Boletín 9.644-11, fue aprobado por mayoría de votos, ocho a favor, cuatro en contra y una abstención. Y los boletines 7.736-11, 11.577-11 y 11.745-11 fueron aprobados por unanimidad de votos (ocho a favor).<sup>293</sup>

Luego, para la discusión particular de los proyectos, es importante tener en cuenta que se estableció en la Comisión que el texto refundido, en definitiva, consta de tres artículos permanentes mediante los cuales se modifica la ley 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes, el Código Civil y Código Penal respectivamente. Sobre esta sistematización, fue discutida la propuesta particular de cada texto, es decir, artículos e indicaciones, que finalmente fueron aprobados o rechazados.

De esta forma, y por las razones argumentadas en la discusión, la Comisión recomendó aprobar el proyecto de conformidad a un texto final y realizado por ella, donde se sigue la sistematización antes explicada, donde un primer artículo señala las modificaciones a la ley 20.584, y un segundo las modificaciones al Código Penal. En cuanto a las modificaciones del Código Civil, los artículos propuestos fueron rechazados ya que su fin era solo la regulación de las voluntades anticipadas, que ya habían sido tomadas en cuenta en las modificaciones a la ley 20.584.

Así, el primer artículo de modificaciones a la ley 20.584, señala modificaciones al artículo 5, agregándose dos letras. Por su parte la letra d), “respetar y hacer cumplir la voluntad del paciente, debidamente expresada en la forma y en los casos que establece esta ley”. Y letra e), “en el caso de aquellos pacientes que se encuentren en un estado terminal o con dolor severo no oncológico, a recibir los cuidados paliativos tendientes a disminuir los dolores propios de su enfermedad.”<sup>294</sup>

Luego, la modificación al artículo 14, que ya hemos visto. Por un lado, sustituir el inciso primero, por “cumpliendo con los requisitos que establece esta ley”. Y, por otro lado, eliminar su inciso tercero, “en

---

<sup>292</sup> Informe de la Comisión de Salud recaído en cuatro proyectos de ley, refundidos, sobre muerte digna y cuidados paliativos. Boletines N° 7.736-11, 9.644-11, 11.577-11, 11.745-11. [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en:

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12093&prmBOLETIN=11577-11>

<sup>293</sup> IDEM.

<sup>294</sup> IDEM.

ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio”.<sup>295</sup> También, la modificación al artículo 16 de eliminar del inciso primero, su párrafo final que señala que, “en ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.”<sup>296</sup>

A continuación, se regula la modificación más extensa que propone el proyecto, que es agregar en el párrafo 6 del título II, entre los párrafos &2 y &3, el siguiente párrafo &3: “Del derecho a no padecer dolores o sufrimientos intolerables, evitar la prolongación artificial de la vida y a solicitar la asistencia médica para morir”<sup>297</sup> que contiene los artículos 16 A, B, C, D, F, G, H, I, J, K, L, donde se regulan los requisitos, formas y supuestos establecidas en la ley, para quien ha sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable, tenga derecho a decidir y solicitar, asistencia médica para morir. De esta forma, se reconocen los derechos a adquirir la información completa del diagnóstico y en consecuencia manifestar un consentimiento informado. Igualmente, la manifestación de voluntad deberá ser por escrito, y con las solemnidades exigidas para su validez. También se señalan los requisitos, que debe cumplir el médico tratante, los requisitos para que el medio o procedimientos para causar la muerte sean válidos. Y la forma de manifestar la objeción de conciencia, al igual que la prohibición de toda publicidad sobre ofertas o prestaciones para la aplicación de métodos eutanásicos.<sup>298</sup>

Seguidamente, se señala agregar en el mismo párrafo 6° del título II, a continuación del nuevo párrafo &3, el párrafo &4: “De los documentos de voluntad anticipada”. De esta propuesta, se debe mencionar que los documentos de voluntad anticipada se regirían por las formalidades, habilidades y procedimientos que la ley establece para el otorgamiento de testamentos solemnes abiertos o cerrados del Código Civil”. Por lo anterior, se señala que, “los documentos de voluntad anticipada deberán ser registrados e incorporados en el Registro Nacional de Testamentos, pudiendo ser reiterados, revocados o adaptados en cualquier momento. De no constar en dicho registro, se entenderán nulos para todos los efectos legales”.<sup>299</sup>

---

<sup>295</sup> IDEM.

<sup>296</sup> Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública, Santiago, Chile, abril 2012.

<sup>297</sup> *Informe de la Comisión de Salud recaído en cuatro proyectos de ley, refundidos, sobre muerte digna y cuidados paliativos. Boletines N°7.736-11, 9.644-11, 11.577-11, 11.745-11.* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en:

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12093&prmBOLETIN=11577-11>

<sup>298</sup> IDEM.

<sup>299</sup> IDEM.

También y para cerrar las modificaciones a la ley 20.584, se señala la incorporación de los artículo 20 A, B, C, D, E, que tienen por objetivo modificar algunos procedimientos, funciones y protocolos de las Comisiones de Ética.

Finalmente, se consagra en la propuesta de proyecto de ley de la Comisión de Salud, como segundo artículo, las modificaciones al Código Penal, las cuales son:

1. Agregar al artículo 391, el siguiente inciso final:

“Lo dispuesto en este artículo no es aplicable al médico ni al profesional de salud que a petición voluntaria del paciente y cumpliendo con los requisitos, formas y procedimientos previstos en la ley N° 20.584, hubiere practicado una asistencia médica para morir”.

2. Agregar al artículo 393, el siguiente inciso segundo:

“Lo dispuesto en este artículo no es aplicable al médico que a petición voluntaria del paciente y cumpliendo con los requisitos, formas y procedimientos previstos en la ley N° 20.584, hubiere prescrito y dispensado una sustancia al paciente para que este se la autoadministre con el fin de provocar su propia muerte”.<sup>300</sup>

Ya analizado el primer informe de la Comisión de Salud, es importante recordar, que se encuentra en la etapa del primer trámite constitucional en la Cámara de Diputados. El informe señalado fue emitido en septiembre de 2019, donde una semana después se dio cuenta de este, quedando en tabla. El mismo día, es decir el 24 de septiembre de 2019, fue remitido a la Corte Suprema para que esta se pronunciara sobre el artículo 16 C del proyecto, el cual regula los requisitos para el caso de pacientes mayores de 14 años, pero menores de 16 años y, por otro lado, mayores de 16 años, pero menores de 18 años. De esta forma, el 5 de noviembre de 2019, la Corte Suprema emite el oficio N° 253-2019, donde señala que se acuerda informar según los argumentos expuestos el proyecto de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos. Lo anterior tuvo posturas contrarias ya que varios ministros y ministras fueron de la opinión de informar negativamente el proyecto, ya que bajo su criterio no es posible que un menor de edad pueda decidir sobre su muerte.<sup>301</sup>

Finalmente, el 13 de noviembre de 2019 se da cuenta del oficio N° 253-2019 de la Corte Suprema por el cual emite su opinión de lo consultado. Esta es la última gestión que se realizó en la tramitación del proyecto de ley refundido sobre muerte digna y cuidados paliativos en Chile.

---

<sup>300</sup> IDEM.

<sup>301</sup> Corte Suprema, oficio N°253-2019. Informe proyecto de ley N°47-2019. Antecedente: Boletines N°7.736-11, 9.644-11, 11.577-11, 11.745-11. Santiago, cinco de noviembre de 2019. [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=26193&prmTIPO=OFICIOPLEY>



Al momento de la edición del presente trabajo, hubo un avance en la tramitación del proyecto, ya que el 17 de diciembre de 2020, tuvo su discusión general en la Cámara de Diputados. Luego el 9 de abril de 2021 se emitió el segundo informe de la Comisión de Salud. El 14 de abril tuvo su discusión particular, para luego el 20 de abril se emitió un oficio de ley a Cámara revisora, donde por ultimo el 21 de abril se da cuenta del proyecto y pasa nuevamente a la Comisión de Salud.

## **2. Boletín actualmente tramitado en el Senado.**

### **2.1. Boletín 11.760-11 (2018): Modifica la ley 20.584, en lo relativo al suicidio asistido.**

Fecha de ingreso: 29 de mayo de 2018

Cámara de origen: Senado

Estado: Tramitación Senado (Archivado).

Después de haber realizado todo el análisis anterior sobre los 4 proyectos de ley refundidos y su tramitación en la Cámara de Diputados, ahora debemos ver otro proyecto de ley que tuvo su ingreso en mayo de 2018, pero esta vez en el Senado y que tiene la particularidad de regular lo relacionado con el auxilio al suicidio en Chile, mediante la modificación de la ley 20.584 y Código Penal.

Así, en primer lugar, sobre las modificaciones de la ley 20.584, se señala la eliminación del inciso tercero del artículo 14, el cual debemos recordar, señala expresamente la prohibición de prácticas eutanasias y del auxilio al suicidio. De igual forma, señala el reemplazo del artículo 16 por lo siguiente:

“La persona que se encontrare en una fase avanzada o terminal de una dolencia grave e incurable, tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. Los prestadores de salud deberán asegurar a estos pacientes los cuidados paliativos a su condición. Esto es al conjunto de cuidados activos, continuados y coordinados dirigidos a cubrir las necesidades físicas, psíquicas y espirituales del paciente que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad.”<sup>302</sup>

Y señala la incorporación de un nuevo artículo 16 bis, donde se regulan los derechos de una persona que ha sido informada de su estado de salud terminal. Así tendrá derechos a:

- a. Otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida. Con la excepción de que se ponga en riesgo la salud pública.

---

<sup>302</sup> *Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°11.760-11: Modifica ley 20.584, en lo relativo al suicidio asistido* [en línea] [fecha de consulta: noviembre 2020] Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12281&prmBOLETIN=11760-11>

- b. Requerir a personal médico de algún fármaco, para autoadministrarse y con ello cause su propia muerte. Para esto el paciente debe ser mayor de edad, tener una enfermedad o condición terminal con constante sufrimiento físico o psíquico, lo que deberá ser acreditado por su médico tratante, y expresar su voluntad por escrito 15 días antes de la entrega del medicamento.
- c. Solicitar el alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.<sup>303</sup>

Finalmente se señala la modificación del Código Penal, la cual consiste en la incorporación de un nuevo inciso segundo al artículo 393, expresando que: "No se aplicará el inciso anterior al personal médico que estuviere actuando en cumplimiento de lo establecido en el artículo 16 bis de la Ley 20.584."<sup>304</sup>

Este proyecto, al momento de la redacción de este trabajo, se encontraba en su primer trámite constitucional en el Senado, donde fue remitido a la Comisión de Salud en mayo de 2018. Finalmente, el 28 de diciembre de 2020, este fue archivado por solicitud de la Comisión mediante Oficio S/105/2020.

---

<sup>303</sup> IDEM.

<sup>304</sup> IDEM.

## CONCLUSIÓN

En la elaboración de este trabajo se pudo constatar, respecto de la concepción de una muerte digna, la multiplicidad de problemáticas no zanjadas en la doctrina tanto nacional como comparada. La discusión expuesta a lo largo de estas páginas se encuentra totalmente vigente, lo que da cuenta de la importancia de esta revisión, y permite ilustrar el estado del asunto tanto a nivel nacional como comparado.

Así, se pudo dilucidar que el concepto de muerte digna no es algo extraño en el mundo médico y jurídico. Si bien en algunas legislaciones se considera como un derecho y en otras simplemente un área en desarrollo, no se puede dudar de su existencia. Así también, es necesario tener en cuenta los tópicos que se relacionan con la existencia de un derecho a una muerte digna como son la dignidad, la autonomía, la autodeterminación, el consentimiento y la disponibilidad de la vida.

Sobre la disponibilidad de la vida y el consentimiento, se revisó lo dicho por la doctrina penal chilena dominante, donde se ha señalado que para que el consentimiento sea eficaz, se requiere que el bien jurídico sea disponible, y tal como vimos el bien jurídico protegido, que es la vida, se trata de uno absolutamente indisponible. Sin embargo, esta no es la única posición, ya que durante los últimos años han surgido muchas opiniones disidentes a lo que tradicionalmente se ha entendido en la doctrina penal, dando paso a un cuestionamiento al absolutismo del derecho a la vida, teniendo en cuenta el respeto de otras garantías constitucionales igual de importantes como la dignidad.

Analizado lo anterior, y en cuanto a la disponibilidad de la vida y el consentimiento en el derecho penal, fue necesario conocer quiénes son las personas que pueden disponer de su propia vida y dar su consentimiento, lo cual, como vimos, no está exento de complejidades. Así, veíamos la importancia de la autonomía y la autodeterminación, y quiénes finalmente son personas capaces o incapaces para dar su voluntad en el contexto de una muerte digna.

De esta forma, se entendió que podrían disponer de su propia vida, personas conscientes, con capacidad plena y competentes para manifestar su voluntad expresamente. Así también, dar su consentimiento informado y tomar las decisiones autónoma y racionalmente, teniendo siempre en cuenta su mejor interés, sobre las decisiones en un contexto médico de muerte digna.

También se analizó, los casos complejos de manifestación de voluntad, como aquellos donde es imposible que la persona pueda manifestar su voluntad o desde un punto de vista psicológico la persona

es capaz o consciente, pero se encuentra en un estado donde no es considerada como susceptible de consentir. Estos casos se han entendido que son, la minoría de edad, un trastorno mental o estados de inconciencia temporal o permanente a causa de una enfermedad o accidente. Estos casos conocidos en el derecho y la bioética han sido analizados en la doctrina y han existido distintas formas de entender el fenómeno y diferentes soluciones a este.

Luego, por la importancia que tiene la materia en el derecho comparado, fue menester analizar ordenamientos jurídicos que han entregado distintas soluciones al conflicto del derecho a una muerte digna. Así se expuso diferentes legislaciones que han regulado sobre muerte digna, pero cada una de estas de una forma particular, ya que según de la legislación que se trate es si estamos frente a una despenalización de la eutanasia, pero sin existir una ley particular, como es el caso de Colombia, o de forma distinta como en Bélgica, donde se encuentra regulado un procedimiento de eutanasia activa por ley, pero se sanciona el auxilio al suicidio, o en su caso de forma inversa, como el caso de Suiza, que sanciona la eutanasia, pero no el auxilio al suicidio, o casos donde ambos se encuentran regulados por ley como en Holanda y Luxemburgo. De esta forma, se analizó las legislaciones pioneras en muerte digna, sus procedimientos, protocolos, estadísticas, resoluciones, y jurisprudencia, ya que como se pudo dilucidar a lo largo de este trabajo, son pocos los países que cuentan con protocolos sanitarios sobre eutanasia y/o auxilio al suicidio.

De esta forma, vimos que el concepto de muerte digna claramente no es algo ajeno en las legislaciones extranjeras e incluso en la legislación chilena. Así, fue necesario analizar la concepción chilena del derecho a una muerte digna, recogida en la ley 20.584 de 2012 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

La razón detrás de esta ley, era la necesidad en Chile de regular urgentemente materias relacionadas con la muerte digna, como los derechos y deberes de los pacientes en nuestro país, junto con establecer principios esenciales en la materia como son: la dignidad de las personas, la autonomía de las personas en su atención de salud, el derecho de las personas a decidir informadamente, respeto de los menores de edad, respeto de las personas en situación de salud terminal, respeto de la autonomía frente a la investigación científica, respeto por las personas con discapacidad psíquica o intelectual, confidencialidad de la información de salud, reconocimiento al derecho a la participación ciudadana en salud y marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales.

Finalmente, se dio paso demostrar que en Chile si ha habido una cierta iniciativa para legislar sobre eutanasia y muerte digna. De esta forma, en primer lugar, fueron revisados intentos legislativos que se han llevado a cabo en Chile, como proyectos de ley, que finalmente han terminado siendo archivados o rechazados. Y, en segundo lugar, la revisión de cuatro proyectos de ley que fueron refundidos en 2018, y que actualmente se encuentran en tramitación en el Congreso nacional.

Dicho todo lo anterior, y a modo de cierre, es importante remarcar que se evidencia que la discusión doctrinaria a nivel nacional es cuantitativamente menor en comparación a la doctrina y legislación comparada, frente a lo cual me parece que es realmente importante en nuestro país, retomar la discusión, el estudio, investigación y problematización en torno a la muerte digna y los procedimientos eutanásicos, para lo cual sería imperante una legislación que tuviera en cuenta lo tratado en el presente trabajo, es decir, la dignidad, la autodeterminación, la autonomía, la disponibilidad de la vida propia en ciertos casos que lo amerite y el consentimiento. De esta forma, lograr avanzar a una legislación acorde con los tiempos y necesidades reales de las personas.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

AGUILAR, Cristián. *Delitos contra la vida: doctrina y jurisprudencia*. Editorial Metropolitana, Santiago, Chile, 2014.

AGUILERA, Rafael y GONZÁLEZ, Joaquín. “Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia”. *Revista de la Facultad de Derecho Pontificia Universidad Católica del Perú*. Lima, Perú. 2012. N° 69 pp. 151-168. ISSN 0251-3420.

ANDRUET, Armando. “Ley Holandesa de ‘terminación de la vida a petición propia’. Nuestra consideración acerca de la eutanasia”. *DS*, Vol. 9, Núm. 2. Córdoba, Argentina, 2001. pp. 169-200.

ASTETE, Carmen. “Sobre las voluntades anticipadas”. *Taller realizado en el V seminario de Bioética. Academia Chilena de Medicina*. Santiago, Chile.

BAHAMONDES, Luis. Un país religioso: La relación del Estado y la iglesia en la discusión constitucional. [en línea]. La Tercera en internet. 25 de julio, 2020. <https://www.latercera.com/reconstitucion/noticia/un-pais-religioso-la-relacion-del-estado-y-la-iglesia-en-la-discusion-constitucional/EUY7W2BARFH7VMZYRXYLA3RV7M/>>

BAJO, Miguel. “Disponibilidad de la propia vida”. *Derecho Penal Universidad Autónoma de Madrid*.

BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. *Bioética Clínica*. Mediterráneo, Santiago, Chile, 2012.

*Biblioteca del Congreso Nacional de Chile* [en línea]. Actas Oficiales De La Comisión De Estudio De La Nueva Constitución Política De La República. Chile, 1978. Disponible: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursolegales/10221.3/3767/2/Tomo\\_III\\_Comision\\_Ortuzar.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursolegales/10221.3/3767/2/Tomo_III_Comision_Ortuzar.pdf)

*Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. *Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo*. [en línea] Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN\\_Eutanasia\\_Belgica\\_Colombia\\_Holanda\\_Luxemburgo\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica_Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf)

BRAGAGNINI, Federico. Sí a la primera ley sobre ayuda al suicidio. [en línea]. Swissinfo.ch. 29 octubre 2020. [https://www.swissinfo.ch/spa/sociedad/cant%C3%B3n-de-vaud\\_s%C3%AD-a-primera-ley-sobre-ayuda-al-suicidio/32922662](https://www.swissinfo.ch/spa/sociedad/cant%C3%B3n-de-vaud_s%C3%AD-a-primera-ley-sobre-ayuda-al-suicidio/32922662)

*Cámara de Diputadas y Diputados*. *Centro de Prensa*. *Continua votación de proyectos sobre muerte digna y cuidados paliativos*. [en línea] Disponible en: [https://www.camara.cl/prensa/sala\\_de\\_prensa\\_detalle.aspx?prmid=137702](https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmid=137702)

CANO, Fernando., DIAZ, Enrique., MALDONADO, Eugenia. *Eutanasia: Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001.

*Código de ética, Colegio Médico de Chile A.G.* [en línea]. Disponible en: [http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica\\_FINAL.pdf](http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf)

CORNEJO, María Isabel y VALLEJO, Geovanna. “El consentimiento informado en psiquiatría. Una mirada desde el derecho en las legislaciones de Colombia, Chile y España”. *Revista de Derecho, Escuela de Postgrado Facultad de Derecho Universidad de Chile*. Santiago, Chile, 2014. N° 5. pp. 153-178. ISSN 0719-1713.

CORRAL, Hernán. “Actos de disposición sobre el propio cuerpo y directivas anticipadas. Reflexiones desde el Derecho Chileno”. *Revista ADLA. panorama internacional*. Vol. N°11, 2017. pp. 119-130.

CORRAL, Hernán. *Derecho civil y persona humana: cuestiones debatidas*. LegalPublishing, Santiago, Chile, 2009.

*Derecho a morir dignamente. Sentencia n°237*. [en línea]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>

*Derecho a morir dignamente. Sentencia n°970* [en línea]. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2014-setencia-t970.pdf>

*Diario constitucional. Noticias, opinión. El testamento vital: En mi muerte mando yo*. [en línea] Disponible en: <https://www.diarioconstitucional.cl/2019/06/25/testamento-vital-en-mi-muerte-mando-yo/>

DIEZ, José Luis. “Eutanasia y Derecho”. *Anuario de filosofía del derecho XII*. Málaga, España, 1995.

DWORKIN, Ronald. *El Dominio de la Vida: una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Editorial Ariel, S.A, Barcelona, España. 1998.

ETCHEBERRY, Alfredo. *Derecho Penal parte general tomo I*. Tercera Edición, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, Chile, 1997.

GARAY, Osvaldo. “El testamento vital. Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y al ensañamiento terapéutico”. *Revista de Derecho de la Universidad Católica de Valparaíso XXII*. Valparaíso, Chile, 2001. pp. 341-357.

GARCÍA, Nicolás. “Despenalización de la eutanasia de la Unión Europea: autonomía e interés del paciente”. *Revista Penal: Doctrina*. Castilla-La Mancha, España.

GARRIDO, Mario. *Derecho penal: parte especial*. Jurídica de Chile, Santiago, Chile, 2005.

GARRIDO, Mario. *El homicidio y sus figuras penales*. Segunda Edición, Editorial Jurídica Conosur, Santiago, Chile, 1994.

GEMPELER, Fritz. “Derecho a morir dignamente”. *Revista Javeriana de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana*. Bogotá, Colombia, 2015. pp. 178-185. ISSN 0041-9095.

Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. *Registro Nacional de Instrucciones Previas* [en línea] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>

GRBAVAC, Hernán. “Proyecciones de un derecho penal deliberativo sobre la relevancia jurídica del consentimiento: un análisis sobre sus límites como mecanismo para la distribución de consecuencias lesivas”. *Revista de Derecho, Escuela de Postgrado Universidad de Chile*. Santiago, Chile, N°9, 2017. ISSN 0719-1731.

JAKOBS, Günther. *Suicidio, eutanasia y derecho penal*. Valencia, 1999.

LABACA, María. “Modelos europeos de eutanasia y suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Francia”. *Revista Quaestio Iuris*. Vol. 07, n°2. Rio de Janeiro, Brasil, 2014. pp. 892-1009.

MAÑALICH, Juan Pablo. *Estudios sobre la parte especial del derecho penal chileno*. Thomson Reuters, Legal Publishing, Santiago, Chile. 2020.

MEDINA, Rodrigo. *Manual de derecho penal*. Lexis Nexis: Abeledo Perrot: LegalPublishing, Santiago, Chile, 2007.

OSSANDÓN, María Magdalena. “El derecho a rechazar tratamientos médicos ¿un reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida?”. *Revista Derecho Público Iberoamericano*. Vol. N°2, 2013. pp. 153-204.

POLITOFF, Sergio, MATUS, Jean Pierre y RAMIREZ, María Cecilia. *Lecciones de derecho penal chileno. Parte especial*. Editorial jurídica de Chile, Santiago, Chile, 2005

Real academia española: *Diccionario de la lengua española*, 23° ed. [versión en línea]. <https://dle.rae.es> [2020]

RIVERA, Eduardo. *Problemas de vida o muerte. Diez ensayos de bioética*. Marcial Pons. Ediciones jurídicas y sociales, S.A., Madrid, España, 2011.

ROXIN, Claus. *Derecho Penal parte general tomo I. Fundamentos. La estructura de la teoría del delito*. 2° edición, traducción, Editorial Civitas S.A, Madrid, España, 1997.

ROXIN, Claus. “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia”. En su: *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada, España, 2001.

SOTO KLOSS, Eduardo. “Derecho a la vida y Recurso de protección”. *Derecho y jurisprudencia*. Tomo 81, Santiago, Chile, 1984.

SQUELLA, Agustín. “¿Es Chile un Estado Laico?”. *Palabra Pública*. [en línea]. 2018. Disponible en: <https://palabrapublica.uchile.cl/2018/01/11/es-chile-un-estado-laico/>



TASSET, José Luis. “Razones para una buena muerte (la justificación filosófica de la eutanasia dentro de la tradición utilitarista: de David Hume a Peter Singer)”. *Revista Iberoamericana de Estudios utilitaristas*. La Coruña, España, Vol. XVIII/1-2, 2012. ISSN 1132-0877.

TIETZE, Andrea. “La autodeterminación del paciente terminal en el derecho alemán”. *Revista de Derecho*. Vol. XV, 2003. pp. 113-130.

TIRADO, María y RAMOS, Mayra. “Insuficiencias de las medidas implementadas por el Estado para la garantía del acceso a la eutanasia en Colombia”. *Revista Derecho y Realidad*. Nueva Granada, Colombia, 2018. pp. 1-21. ISSN 1692-3936.

UGARTE, José Joaquín. *El derecho a la vida. El derecho a la vida. Bioética y Derecho*. Editorial Jurídica de Chile, Santiago, Chile, 2006.

VERA, Robustiano. *Código Penal de la República de Chile, comentado por Robustiano Vera*. Imprenta de P. Cadot, Santiago, Chile, 1883.

ZUÑIGA, Alejandra. “La nueva ley de derechos del paciente: cambiando el paradigma de la relación entre el paciente, el médico y el juez”. *Anuario de derecho público Universidad Diego Portales*. Santiago, Chile, 2012. pp. 273-288.

ZÚÑIGA, Alejandra. “Derechos del paciente y eutanasia en Chile”. *Revista de Derecho*. Chile. Vol. XXI – N°2, 2008. pp. 111-130.

- Legislación y proyectos de ley en Chile.

*Biblioteca del Congreso Nacional. Historia de la ley N° 20.584.* [en línea]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadela ley/nc/historia-de-la-ley/4579/>

*Cámara de Diputadas y Diputados. Centro de Prensa. Continúa votación de proyectos sobre muerte digna y cuidados paliativos.* [en línea]. [https://www.camara.cl/prensa/sala\\_de\\_prensa\\_detalle.aspx?prmid=137702](https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmid=137702)

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N° 3.690-11: Regula la aplicación de la eutanasia en los casos que indica.* [en línea] <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmid=4085&prmbOLETIN=3690-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°4.201: Establece regulación legal de la eutanasia.* [en línea] <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmid=4592&prmbOLETIN=4201-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°4.271-11: Establece el derecho a la muerte digna. [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=4662&prmBOLETIN=4271-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°9.602-11: Modifica Código Sanitario, para regular la eutanasia. [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=10018&prmBOLETIN=9602-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°7.736-11: Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable. [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=8130&prmBOLETIN=7736-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°9.644-11: Modifica cuerpos legales para permitir eutanasia, haciendo efectiva la autonomía de personas con enfermedades terminales. [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=10063&prmBOLETIN=9644-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°11.577-11: Modifica la ley N°20.584, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12093&prmBOLETIN=11577-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°11.745-11: Establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica el Código Penal. [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12267&prmBOLETIN=11745-11>

*Cámara de Diputadas y Diputados, proyectos de ley. Boletín N°11.760-11: Modifica ley 20.584, en lo relativo al suicidio asistido [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12281&prmBOLETIN=11760-11>

*Corte Suprema, oficio N°62-2018. Informe proyecto de ley 13-2018. Antecedente: Boletín N°11.745-11, Santiago, 26 de junio de 2018. [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12267&prmBOLETIN=11745-11>

*Corte Suprema, oficio N°253-2019. Informe proyecto de ley N°47-2019. Antecedente: Boletines N°7.736-11, 9.644-11, 11.577-11, 11.745-11. Santiago, cinco de noviembre de 2019. [en línea]*

<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=26193&prmTIPO=OFICIOPLEY>

*Informe de la Comisión de Salud recaído en cuatro proyectos de ley, refundidos, sobre muerte digna y cuidados paliativos. Boletines N°7.736-11, 9.644-11, 11.577-11, 11.745-11. [en línea]*

<https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12093&prmBOLETIN=11577-11>

*Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.* [en línea] <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>

*Ministerio de Salud. Reglamento N°62 para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética asistencial. Octubre de 2012.* [en línea] <https://www.minsal.cl/portal/url/item/cff302521ff8efc5e040010164012b09.pdf>

- Legislación extranjera.

*Aclaraciones destinadas a la profesión médica (2015) de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (CFCEE).* [en línea]. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-aclaraciones-medicos-belgica.pdf>

*Asociación EXIT.* [en línea]. <https://exit.ch/verein/exit-auf-einen-blick/>

*Código sobre la eutanasia 2018. Explicación de la verificación de la práctica.* [en línea]. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/07/19-CODIGO-eutanasia-pbajos18.pdf>

*Código Penal de la Confederación Suiza.* [en línea]. <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a115>

*Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe Anual 2018.* [en línea]. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2020/02/19-Informe-anual-2018-esp.pdf>

*Constitución Federal de la Confederación Suiza.* [en línea] <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ch/ch191es.pdf>

*Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-544/2017.* [en línea] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

*Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-721/2017.* [en línea] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-721-17.htm>

*Derecho a morir dignamente. Resolución n°1216 de 2015.* [en línea]. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-ley-eutanasia.pdf>

*Derecho a morir dignamente. Resolución n°4006 de 2016.* [en línea]. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2016-resolucion-4006.pdf>

*Derecho a morir dignamente. Resolución n°825 de 2018.* [en línea]. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2018-resolucion-825-menores.pdf>

*Derecho a morir dignamente. Sentencia C-237* [en línea]. <<https://derechoamoir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf>>

*Derecho a morir dignamente. Sentencia T-970/2014.* [en línea]. <https://derechoamoir.org/wp-content/uploads/2018/09/2014-setencia-t970.pdf>

*Directrices de aplicación de la Ley de Salud Pública con respecto a la asistencia al suicidio en centros de salud de interés público* [en línea]

<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/16277463/q41/efcf24f4-d7dc-49a2-9192-5c7b996c8bfb>

*Eutanasia y suicidio asistido. N° 41 (2016).* [en línea]

<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/16277463/q41/efcf24f4-d7dc-49a2-9192-5c7b996c8bfb>

*Informe Anual EXIT 2019.* [en línea]. <https://exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2019/>

*Ley 26691/2001 de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.* [en línea].

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

*Ley de mayo de 2002 relativa a la eutanasia en Bélgica.* [en línea]. <https://derechoamoir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>

*Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y suicidio asistido.* [en línea].

<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

*Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a cuidados paliativos, directivas anticipadas y al acompañamiento al final de la vida.* [en línea].

<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo>

*Más de 1000 suicidios asistidos por año en Suiza.* Swissinfo.ch. [en línea]

<https://www.swissinfo.ch/spa/m%C3%A1s-de-1000-suicidios-asistidos-por-a%C3%B1o-en-suiza/45965626>

*Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n°2665 de 2018.* [en línea].

<https://www.dmd.org.co/wp-content/uploads/2018/08/Resolucio%CC%81n-2665-de-2018-Voluntades-anticipadas-2018.pdf>

*Quién es Dignitas.* [en línea]

[http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=de)