Aceleración artificial de la muerte en pacientes terminales

Tatiana Rocío Quiñones San Martín

I. Introducción

La Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas con acciones vinculadas a su atención en salud, prohíbe expresamente en sus artículos 14 y 17 la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas y el auxilio al suicidio. A partir de esta regulación surgen varias interrogantes y debates sobre el derecho de las personas a morir dignamente, sobre todo tomando en cuenta que uno de los principios fundamentales de nuestro ordenamiento jurídico es la dignidad humana.

Lo que más llama la atención de la ley es que las disposiciones mencionadas combinan la situación de pacientes en estado de salud terminal y la prohibición de que tales pacientes rechacen tratamientos que signifiquen la aceleración artificial de la muerte, dejando, por su puesto, abierta la interrogante sobre en qué sentido puede acelerarse artificialmente la muerte de un paciente terminal. Esta es la pregunta inspira todo este estudio.

De este modo, y para lograr un diagnóstico asertivo de la situación en la que se encuentra Chile, examinaré las normas de nuestro ordenamiento jurídico que se relacionan, ya sea especifica o generalmente, con el derecho que tienen las personas a morir. Luego, presentaré las principales líneas jurisprudenciales sobre la materia y los fallos más relevantes que ayuden a comprender cómo se resuelve este problema en situaciones concretas. Asimismo, presentaré los principales hitos del establecimiento de la ley que tienen directa incidencia con las normas concretas estudiadas. Y, por último, presentaré el panorama general de tres países que permiten el ejercicio de la eutanasia y/o el suicidio asistido, a saber, Holanda, Bélgica y Canadá.

En primer lugar, y en relación al microsistema normativo, Chile presenta contradicciones al regular el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos de salud, pues hay normas, como los mencionados artículos 14 y 17, que prohíben tal rechazo y otras, como las disposiciones del Código de Ética del Colegio Médico de Chile que postulan el respeto a las decisiones tomadas por los pacientes. En segundo lugar, este trabajo expone el doble estándar de los tribunales al momento de decidir otorgarle o no autonomía a las personas según en qué

situación se encuentren. En tercer lugar, los debates suscitados en torno a la dictación de la ley dejan entrever las distintas opiniones respecto a los derechos y libertades que deben serle reconocidos a los pacientes terminales. Por último, el examen del derecho comparado nos sirve de ejemplo positivo para una futura regulación permisiva en Chile.

II. Derecho Nacional

En nuestro país existen distintas normas que se vinculan con la posibilidad de terminar con la vida de personas que se encuentran en situaciones de enfermedades terminales o irreversibles. El término más conocido en cuanto a este tipo de prácticas es el de eutanasia, que, al estar prohibida en nuestro país, se encuentra pobremente regulada. Aun así, es posible reconstruir un microsistema normativo que responda al criterio de especialidad en que se mencionen las regulaciones de manera particular a general, sin que de este criterio resulte una relación jerárquica entre dichas normas.

En primer lugar, las normas que se abocan más directamente al tema en estudio son los artículos 14 y 17 de la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, esta ley prohíbe explícitamente la aceleración artificial de la muerte mediante el ejercicio de prácticas eutanásicas o suicidios asistidos en paciente cuyo estado de salud sea terminal. En cuanto a la posibilidad de que un paciente sea ayudado por otra persona a morir, esta opción se encuentra expresamente prohibida por disposición del artículo 393 del Código Penal que regula el auxilio al suicidio.

Seguido de estas disposiciones se encuentra el artículo 16 del Decreto N° 38 del año 2012 que establece el Reglamento sobre derechos y deberes de las personas vinculadas a su atención en salud, que define lo que debe entenderse por estado salud terminal. A su vez, en relación a la actitud que debe adoptar el médico tratante en casos de enfermedades terminales o estados de salud irreversibles, el Código de Ética Médica del Colegio Médico de Chile, en su artículo 23 expresa, entre otras cosas, que el médico debe procurar aliviar el dolor de un paciente terminal aún ante el riesgo de acortar la vida de aquel y que, ante la inminencia de su muerte, es legítimo dejar de aplicar los tratamientos que tengan como único fin la prolongación innecesaria de la vida. Luego, y en la misma línea, la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, ratificada por Chile en 1995, se refiere en su artículo 10 letra

c) al derecho a la dignidad del paciente, precepto que incluye la posibilidad de una muerte digna.

Desde la perspectiva de una regulación más general sobre la materia se puede mencionar el artículo 17 del Decreto N° 38 antes citado, que se refiere al derecho que tienen los pacientes de abandonar el recinto hospitalario en que se encuentran, una vez recibida la información sobre su estado de salud. A su vez, el Código de Ética Médica indica, en su artículo 28, que la decisión de un paciente que verse sobre el rechazo a algún examen o tratamiento debe ser respetada por su médico tratante.

Para cerrar el microsistema normativo vinculado a la aceleración artificial de la muerte en pacientes terminales, es dable mencionar el artículo 19 N° 1 de nuestra Constitución Política de la República que asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica. A mi juicio la importancia de este artículo radica en lo que puede entenderse por vida e integridad física y psíquica, toda vez que cada una de estas expresiones puede abrir el debate sobre los requisitos mínimos necesarios para que se pueda entender que una persona goza efectivamente de integridad física y psíquica, y correlativamente, de una vida digna.

En relación a los esfuerzos dogmáticos, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, los artículos de investigación que se vinculan a la muerte digna de una persona se toman desde la perspectiva de la eutanasia activa, pudiendo encontrar opiniones muy diversas que van desde su total rechazo a la propuesta de admitirla dentro del sistema jurídico. En nuestro país, como ya mencioné, la eutanasia está prohibida explícitamente, pues, para la ley, esta es una práctica que causa la aceleración artificial de la muerte.

Si bien es cierto que el estudio en torno a la eutanasia es rico en opiniones y doctrina, me parece que todavía falta centrarse en un tema más específico dentro de esta práctica, me refiero a la aceleración artificial de la muerte. En este sentido la dogmática constituye uno de los factores cruciales para expandir, y si se quiere, construir el debate sobre lo que se entiende por muerte artificial en casos de estado de salud terminal, pues como postula Calsamiglia, la dogmática jurídica tiene tanto aspectos cognoscitivos como prácticos, lo que implica que, si los esfuerzo por adentrarse en el tema en estudio siguen avanzando y profundizándose,

potencialmente podrían llegar a modificar la realidad de nuestro país, o incluso, construir una nueva, lo que tendría importantes consecuencias prácticas[1].

Cabe preguntarse entonces, qué puede entenderse por aceleración artificial de la muerte. Nuestra legislación la menciona a propósito del caso de pacientes cuyo estado de salud es terminal, quienes tienen explícitamente prohibido rechazar algún tratamiento si esta decisión tiene como consecuencia su muerte acelerada artificialmente. A partir de esta aseveración puede observarse la contradicción existente en la forma de entender y regular los estados de salud terminales, pues si bien el rechazo a un tratamiento por parte de este tipo de enfermos puede conllevar a su muerte, difícilmente puede asegurarse que sea este mismo rechazo el que la produzca artificialmente.

Creo que para poder hacerse una idea de lo que significa aceleración artificial de la muerte en el caso de pacientes terminales, es necesario conocer ciertas nociones y diferencias que se suscitan en el ámbito médico. En primer lugar, es importante definir, y así poder distinguir, dos categorías en torno al estado de salud de los pacientes, me refiero, por un lado, a la enfermedad irreversible y, por el otro, a la enfermedad terminal. Si bien ambos conceptos son copulativos a la hora de provocar la muerte de una persona, esto no quiere decir que no pueden presentarse de forma separada.

Una enfermedad irreversible supone la imposibilidad de volver el paciente a las condiciones anteriores a la existencia de esta, dejándolo condenado a padecerla para siempre. Pero, esto no quiere decir que este tipo de enfermedades siempre le vayan a causar la muerte a una persona, en este sentido no son terminales. Un ejemplo claro de esto es el Alzheimer, que, si bien es una enfermedad incurable y progresiva, difícilmente puede afirmarse que es terminal toda vez que su existencia no va a provocar la muerte de la persona que la padece. Por otro lado, la enfermedad o estado de salud terminal es una categorización que ha visto una evolución importante a través del tiempo, fundamentalmente gracias al avance de la ciencia, la tecnología y la medicina[2]. Hoy en día podemos definir el estado de salud terminal como

[1] CALSAMIGLIA, 1986, p. 83.
[2] Rev. Med. Chile, 2000, pp. 547-552.

aquel que reúne las condiciones de ser grave, irreversible, y no susceptible de un tratamiento eficaz que lo detenga[3].

Luego, se debe mencionar la diferencia entre provocar, por un lado, y permitir, por el otro, la muerte de una persona. Pareciera ser que, en nuestro país, la ley que regula el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento que potencialmente pudiera significar su muerte, olvida esta distinción, englobando todas las acciones médicas vinculadas al efecto con el concepto de provocar.

En el primer caso estamos efectivamente ante un ejemplo de práctica eutanásica o suicidio asistido, toda vez que la acción de retiro de un tratamiento tiene por finalidad producir la muerte de ese paciente. Por el contrario, en el segundo caso nos encontramos simplemente ante el curso natural de una enfermedad que de una manera u otra manera va a culminar en la muerte del paciente, siendo en muchas ocasiones el mejor curso a seguir, para así evitarle sufrimiento y agonía innecesarios a ese paciente, cuestión que muchas veces responde a la lógica de la dignidad humana más que a cualquier otra consideración médica[4].

Por último, y para cerrar esta etapa de definiciones, me parece importante detenerme en dos nociones que, a mi juicio, terminan siendo dos caras de la misma moneda y que se vinculan con las actitudes que pueden ser adoptadas por profesionales médicos frente al estado terminal de un paciente. Por un lado, se encuentra la idea de obstinación terapéutica, y por el otro, la de limitación de esfuerzos terapéuticos. Ambas actitudes son exploradas por el campo de la bioética, más allá del campo de la medicina propiamente tal, esto se explica por la simple razón de que, si bien son procedimientos que se ejecutan en el campo de la medicina y tienen consecuencias médicas, su proceder tiene origen en razones morales o éticas, tanto del médico tratante como del paciente y su familia, que muchas veces responden al ideal de la autorrealización y de una vida que valga la pena vivir[5].

La obstinación terapéutica hace alusión a los sobre esfuerzos realizados por parte de profesionales médicos con el fin de alargar la vida de un paciente cuyo estado de salud es terminal, cuestión que se traduce en la mayoría de los casos en la prolongación innecesaria,

[3] Rev. Med. Chile, 2000, pp. 547-552.
[4] BECA *et al.*, 2010, pp. 639-644.
[5] LEÓN, 2009, p. 71.

poco justificada e indigna de la vida de una persona, cuya agonía terminaría si desistiera la interferencia deshumanizadora de los tratamientos[6]. La doctrina también conoce esta idea con el nombre de distanasia, que, contrario a la eutanasia, tiene por objeto alargar artificialmente la vida biológica de una persona sin un fin específico o justificado[7]. La limitación de los esfuerzos terapéuticos, por el contrario, consiste en la decisión de abandonar los tratamientos que mantienen con vida a una persona, una vez analizada la situación y formada la certeza de que las posibilidades de recuperación del estado de salud de una persona son mínimas o nulas[8].

Habiendo hecho las precisiones anteriores es posible hacerse una idea de lo que significa la aceleración artificial de la muerte, en qué casos estaríamos frente a esta y qué características reúnen los pacientes que podrían llegar a sufrirla. Como puede notarse, en dogmática no es posible dar con un concepto exacto sobre lo que es este fenómeno, es por eso por lo que, a mi juicio, conviene explorar las distintas definiciones y prácticas que giran en torno a éste para poder comprenderlo.

Explicadas las nociones de enfermedades terminales e irreversibles se hace más sencillo plantear la idea de que la aparente aceleración artificial de la muerte en el caso de una persona que padece una enfermedad terminal no es tal, puesto que difícilmente puede sostenerse que la muerte es una cuestión artificial en este tipo de pacientes. Recordemos que el artículo 17 de la Ley 20.584 establece que la persona cuyo estado de salud es terminal tiene derecho a rechazar un tratamiento siempre y cuando esto no suponga la aceleración artificial de su muerte, pero ¿es viable que ese rechazo al tratamiento pueda ser la causa artificial de la muerte de esa persona? A mi juicio esto no es posible, lo que supone que la redacción de esta norma sea contradictoria con la realidad médica y biológica.

Si bien aceptar un tratamiento médico supone obligatoriamente la prolongación artificial de la vida de un paciente terminal, el rechazo de este no tiene como consecuencia la aceleración artificial de su muerte. Es más, sin el soporte médico un enfermo terminal no acelera su proceso de muerte ni mucho menos este proceso se transforma en artificial, lo único artificial

[6] KNOPP y LERCH, 2009, p. 1.
[7] SANS y ABEL, 2005, p. 2.
[8] PAREDES, 2012, pp. 163-171.

en este caso es la vida de esa persona. Entonces, la norma que regula esta materia yerra al suponer que el rechazo a un tratamiento es la causa de la muerte de un enfermo terminal, la prohibición sobre la que versa este rechazo en realidad regula un sinsentido desde el punto de vista médico. No se puede acelerar artificialmente un proceso que sigue su curso natural.

El problema de la aceleración artificial de la muerte y el ejercicio de prácticas eutanásicas suscitan profundos problemas no solo jurídicos, sino también éticos, médicos, filosóficos y religiosos[9]. Al ser una cuestión tan transversal surgen varias interrogantes, que, si bien no son objeto de este trabajo, es interesarse plantearse para poner en perspectiva la situación. ¿Hasta qué punto es justificable que el Estado obligue a sus ciudadanos a mantenerse con vida? ¿Es más importante la vida biológica que la vida digna? ¿Por qué tiene más peso la abstracta disposición de la ley que la voluntad de una persona que padece una enfermedad grave que le causa sufrimiento? ¿Hasta qué punto es bueno el paternalismo jurídico del Estado? Si bien estas son preguntas que se vinculan más hacia el campo de la bioética, considero importante tenerlas en cuenta al momento de legislar sobre una materia de tal delicadeza como lo es el derecho a morir.

En nuestro país el pronunciamiento por parte de los Tribunales de Justicia y los órganos de aplicación sobre esta materia ha sido escaso, básicamente porque es una cuestión que está prohibida y por lo tanto no se da con la frecuencia que debería. Aun así, es posible encontrar algunas decisiones que se vinculan a materias similares, que, si bien no versan específicamente sobre la aceleración artificial de la muerte, son capaces de ilustrar la opinión que tienen los tribunales sobre la posibilidad de disposición del derecho a la vida por parte de las mismas personas.

Sobre la posibilidad de rechazar algún tratamiento médico o medida terapéutica por parte de pacientes que no quieren ser sometidos a estas, rechazo que abre la posibilidad de que tal paciente muera, la Corte de Apelaciones de Copiapó revocó la decisión de la madre de un paciente que había rechazado la práctica de medidas terapéuticas que tenían como fin resguardar la salud y vida del menor. En este sentido, la Corte consideró que el equipo médico

[9] ALONSO, 2007, pp. 1-29.

estaba facultado para intervenir como fuera necesario para lograr este objetivo, pues el derecho a la vida debía prevalecer por sobre la libertad de conciencia[10].

En la misma línea, la Corte de Apelaciones de Rancagua sostuvo que, más allá de cualquier consideración de índole religiosa que pudiera conllevar el rechazo a alguna medida terapéutica por parte de un paciente, es la obligación de los médicos proporcionar todas estas medidas, inclusive aquellas que se consideran vedadas bajo ciertas religiones. Esta corte consideró en el caso concreto que las transfusiones de sangre que estaban siendo objeto de discusión debían ser suministradas al paciente toda vez que la preservación de la salud y el derecho a la vida de las personas debe primar por sobre cualquier otra consideración[11].

Para concluir con las opiniones jurisprudenciales que tienen las cortes en relación al rechazo a tratamientos médicos en virtud de consideraciones éticas o religiosas, la Corte de Apelaciones de San Miguel estableció que el derecho a la vida goza de un status superior a cualquier otro derecho, es una garantía constitucional más valiosa que, por ejemplo, el derecho fundamental de libertad de conciencia y culto, y como tal, debe ser siempre protegido y preservado por sobre cualquier otra consideración del paciente[12]. Esto claramente tiene como consecuencia admitir que las personas no gozan de la autonomía suficiente para poder disponer de sus propias vidas, ya que el derecho a la vida amparado por la Constitución es capaz de anular cualquier otro derecho u otro aspecto de la personalidad de las personas, incluso algo tan importante como sus creencias religiosas.

Por otra parte, en relación a las situaciones de huelgas de hambre que muchas veces se utilizan como método de protesta, la Corte Suprema sentenció que el mantenimiento de esta práctica no solo pone en peligro la integridad física y salud de las personas, sino que, más importante aún, su vida. Es así como la Corte Suprema dictaminó que la afectación de la vida a través de la ayuna, entendida como el atributo más esencial del que puede gozar una persona, no es disponible por tales, y que, además, en el contexto carcelario Gendarmería está autorizada para detener tal acción por ser arbitraria y estorbar con las atribuciones que les confiere la ley[13].

[10] Corte de Apelaciones de Copiapó. Rol N°3569-1992.
[11] Corte de Apelaciones de Rancagua. Rol N°1030-1995.
[12] Corte de Apelaciones de San Miguel. Rol N°104-2008.
[13] Corte Suprema. Rol N°6646-2010.

En el mismo sentido, la Corte de Apelaciones de Copiapó sostuvo que el mantenimiento del estado de ayunas por parte de huelguistas era claramente atentatorio con el derecho a la vida y la integridad física y psíquica. La corte consideró que estaba justificada la aplicación de cualquier medida que tuviera como fin frenar el deterioro de quienes se estaban manifestando. Es más, no solo estaba justificado intervenir de cualquier forma la huelga de hambre, sino también prohibir a terceras personas la colaboración para con los huelguistas[14].

Llama la atención que la jurisprudencia está siempre dispuesta a doblegar la voluntad de quienes se encuentran en cierto modo en desventaja a la hora de disponer de su vida. Con esto me refiero tanto aquellas personas que padecen alguna enfermedad grave que las mantiene postrada en una cama bajo los cuidados de profesionales médicos, como también, quienes se encuentran privados de libertad, y, por tanto, dependen y están bajo la vigilancia de funcionarios del Estado. En relación a estas últimas, la Corte de Apelaciones de Valdivia estableció que, respecto a los huelguistas de hambre privados de libertad, el Estado está totalmente justificado para intervenir pues tiene la obligación especial de velar por sus vidas y salud[15].

Pero, por el contrario, si observamos las decisiones tomadas por los Tribunales de Justicia en la misma materia, pero en relación a personas que no se encuentran en tales desventajas, podemos dar cuenta del doble estándar que empaña estas decisiones. Es así como las decisiones de ciertas cortes sobre la posibilidad de disposición de la propia vida dan un giro en 180 grados cuando se trata de personas que se podrían calificar de normales, es decir, libres, sanas, capaces, etc. El criterio con el que las cortes hacen frente a estas situaciones es que ninguna persona puede verse obligada a defender su propia vida.

La Corte de Apelaciones de Santiago, a propósito de un recurso de apelación interpuesto a favor y en contra de una misma persona, cuya omisión estaba atentando contra su vida, sostuvo que si bien este tipo de recursos tienen como fin proteger la vida de quienes la ven amenazada o perturbada, nada se podía hacer respecto a las omisiones que esa propia persona pudiera estar cometiendo, incluso en contra de su propia vida.[16] De igual forma, la Corte de

[14] Corte de Apelaciones de Copiapó. Rol N°1689-1986.
[15] Corte de Apelaciones de Valdivia. Rol 145-2009.
[16] Corte de Apelaciones de Santiago. Rol N°806-96.

Apelaciones de Talca rechazó un recurso de apelación en tanto la persona en favor de quien se estaba interponiendo el recurso era la misma que estaba causando la situación antijurídica en contra de su vida[17].

Del mérito de las sentencias recién mencionadas cabe hacer la reflexión sobre el doble estándar que tienen las cortes a la hora de decidir qué vida proteger y porqué. La jurisprudencia pareciera no tener problemas en obligar a una persona a mantenerse con vida siendo que las condiciones en las que vive no son propias de una vida digna, bajo el argumento de que la vida es el valor constitucional más preciado y esencial. Pero, muy por el contrario, tampoco parecieran dudar en reconocerle la autonomía de disponer sobre su propia vida a las personas que, bajo un parámetro objetivo, no tienen ningún problema de salud, no están privadas de libertad y cuyas vidas se acercaría más a la idea de existencia digna.

El criterio jurisprudencial que establece que las personas capaces son las únicas que no pueden verse obligadas a defender su propia vida podría erigirse como una posible respuesta a la reflexión sobre las distinciones que hacen las cortes en el reconocimiento de la autonomía de unas y otras personas. A mi juicio esta línea jurisprudencial ayuda a entender en cierto sentido porqué las cortes razonan tan disonantemente dependiendo de la calidad que ostenta la persona que tienen en frente.

Si bien las dos sentencias que paso a exponer no se refieren exactamente a los casos que anteriormente mencioné, sí hacen referencia a situaciones en que padres de menores de edad manifiestan el rechazo a un tratamiento para sus hijos, decisión que no es tomada en cuenta por la justicia. De esta manera, la sentencia de la Corte de Apelaciones de Iquique deja claro que la libertad de conciencia y el derecho de culto de los padres de un menor no son razones legítimas para que estos puedan decidir rechazar algún tratamiento médico para su hijo, con el argumento de que la vida del menor es jerárquicamente superior a los ideales de sus padres[18].

En la misma línea, la Corte de Apelaciones de Rancagua hace la distinción entre la persona del menor y de sus padres, estableciendo que, por muy respetable que sean las creencias de

[17] Corte de Apelaciones de Talca. Rol N°60069-01.
[18] Corte de Apelaciones de Iquique. Rol N°39162-2002.

estos últimos, el derecho de la vida del menor no puede pasarse por alto[19]. A su vez se le reconoce a los padres el derecho y deber de cuidado de su hijo, pero se les resta autonomía a la hora de decidir sobre cuestiones que son consideradas esenciales.

Como mencioné, si bien estos dos casos no se relacionan directamente con el problema de negarle autonomía a las personas adultas que se encuentran en desventaja y que toman decisiones que puedan atentar contra su vida, creo que sí puede establecerse una analogía en cuanto a la capacidad que les reconoce el Estado para tomar sus propias decisiones. Si bien es cierto que en el caso de los menores de edad la falta de capacidad es más palmaria, creo que el Estado y la justicia razonan en ese mismo sentido cuando se trata de personas que padecen alguna enfermedad terminal o que se encuentran privadas de libertad, razón por la cual no consideran que estén en condiciones de decidir por ellas mismas.

Recapitulando todo lo expuesto hasta el momento creo que se puede convenir en que actualmente nuestro país no ha sido prolijo en regular una materia tan importante como la vida y muerte de las personas. Creo que de nada sirve que nuestra Constitución consagre el derecho a la vida como un derecho fundamental si luego no se hace cargo de dotar de contenido tal disposición. A mi juicio, tanto la legislación nacional como la jurisprudencia han fallado en intentar llenar al vacío que surge a la hora de enfrentarse a una persona que está sufriendo en vida y que lo único que desea es terminar con su agonía y poder morir.

Creo que es urgente reformar y mejorar las leyes que regulan el problema en estudio. Por un lado, es necesario plantear la discusión sobre la evidente contradicción que se presenta al combinar enfermedad terminal y muerte artificial en un mismo artículo, como si realmente existiera la posibilidad de acelerar artificialmente la muerte de una persona que ya ve el fin de sus días. Y, por otro lado, quienes redacten estas leyes deben hacerlo responsablemente y con la ayuda de profesionales médicos que tengan conocimientos suficientes tanto de medicina como de bioética. De otra forma las regulaciones que se avoquen a la materia no van a ser capaces de prever las situaciones reales y concretas de las personas que deseen morir.

[19] Corte de Apelaciones de Rancagua. Rol N°1034-2007.

Creo que si siguiéramos una concepción clásica del derecho como lo hace la escuela histórica, podríamos imaginar una regulación a esta materia completamente distinta. Como expresa Atienza en su texto, la escuela histórica parte de la base de que las leyes no pueden ser el producto del arbitrio legislativo, sino consecuencia de la tradición del pueblo[20]. Pues bien, si esta concepción de la creación del derecho pudiera aplicarse al caso concreto, creo que esta tradición nos llevaría a resultados muy distintos de los que tenemos en este momento en cuanto a la regulación de la muerte artificial de pacientes terminales.

Otra cuestión que me parece muy preocupante es la falta de empatía por parte de los tribunales en nuestro país. A mi juicio las sentencias leídas sobre el tema dejan ver una falta de conocimiento e interés grave respecto de las personas que se encuentran viviendo una vida indigna e impregnada de sufrimiento. De la lectura de los criterios jurisprudenciales mencionados creo que es posible abrir el debate de hasta qué punto es más importante la vida entendida desde el punto de vista biológico que la vida digna de una persona.

Por último, si bien es cierto una de las características que diferencia el derecho de otro tipo de razonamientos es precisamente la existencia de soluciones contraintuitivas que obedecen al bienestar general en desmedro del caso particular[21], creo que el debate sobre la eutanasia y la aceleración artificial de la muerte en pacientes terminales reúnen el mérito suficiente para cuestionarse cuál es en realidad el bienestar general y si los criterios generales de razonamiento sostenido hasta ahora por nuestro tribunales son la solución correcta o, por el contrario, se han vuelto contraintuitivos. Es hora de replantearse el razonamiento jurídico sostenido hasta el momento por parte del derecho, pues pudiera ser que la solución que a nivel general se considere la mejor haya quedado obsoleta.

III. Historia del Derecho

En relación al establecimiento de la ley que regula los derecho y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, esta fue objeto de una larga discusión por parte de distintos actores de la sociedad, interesados en regular de la

[20] ATIENZA, 2012, p.245.
[21] SCHAUER, 2012, pp. 16-27.

manera más prolija posible la forma en que las personas recibirían tratamientos para su salud[22]. Para la promulgación de esta ley de abril de 2012, fue necesario discutir a fondo varios de sus artículos, en relación al tema que interesa aquí, las discusiones más relevantes se dieron en torno a los artículos 14 y 17 de la misma.

1. Principios generales

En cuanto a la ley en general, es dable presentar los principios bases que inspiraron su promulgación. Si bien los principios se centran en la dignidad de las personas de manera genérica, creo que es más relevante presentar aquellos que tienen directa relación con el tema en estudio. Estos son, el principio de dignidad de las personas, de autonomía de las personas en su atención en salud, y de decisión informada[23].

En primer lugar, en relación con el principio de dignidad de las personas, la historia del establecimiento de esta ley muestra la importancia que se le da, al reconocer que esta es la base de los derechos humanos, razón por la cual las personas deben entenderse como el fin de toda norma y estructuración social[24]. Si bien este principio se menciona en relación a la situación de las personas que padecen un estado de salud terminal, este no se agota allí, de modo que abarca otras cuestiones mucho más diversas que la aceleración artificial de la muerte.

En segundo lugar, la autonomía de las personas en su atención en salud se entiende como una de las principales manifestaciones de respeto a su libertad, por lo cual, debe ser siempre observada y puesta a su disposición[25]. Esta autonomía tiene directa relación con la información que debe ser entregada por parte de los médicos a los pacientes para que estos puedan entender cuál es su real situación y así obtener una perspectiva de sus posibilidades.

---

[22] Esta situación de sesiones enteras dedicadas al debate sobre la aprobación de cada artículo de la ley puede compararse con el ejemplo que Helmut Coing da en su texto sobre el origen de la Sociedad Anónima. Como bien menciona el autor, primero se debió realizar un análisis y pronóstico de las posibilidades de la sociedad para aceptar la regulación, y en el caso que en este trabajo interesa, este estudio se hizo a través de las discusiones sostenidas por distintos actores de nuestra sociedad que representaban grupos diversos de intereses relativos a la salud.

[23] Historia de la Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, pp. 7-9.

[24]Historia de la Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, pp. 7-9.

[25]Historia de la Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, pp. 7-9.

Por último, el derecho que tienen las personas a decidir informadamente se concibe como la concretización del ejercicio de su autonomía, por lo tanto, son ellas quienes tienen el derecho a otorgar su voluntad libre e informada para aceptar o denegar cualquier tratamiento que diga relación con su estado de salud[26]. Esta voluntad debe ser siempre entendida sobre la base de la información proporcionada por el médico tratante, de manera de asegurar que tal decisión es libre.

2. Discusiones preliminares

Ahora bien, la discusión sobre la situación en la que se encuentran las personas que padecen un estado de salud terminal cobró gran importancia, sobre todo porque se entendió que este asunto era en donde mayor incidencia tenía la libertad de aceptación o rechazo a algún tratamiento. De esta manera, en las discusiones preliminares se analizó cuál era el grado de reconocimiento de esa libertad de elección en las personas cuyo estado de salud alcanzara tal precariedad que pudieran calificar como enfermos terminales[27].

El proyecto de ley postulaba que se debía reconocer, incluso en estado de salud terminal, autonomía y libertad de elección a los pacientes sobre sus tratamientos médicos. De esta manera, se decía que se garantizaba evitar la prolongación innecesaria de la vida de las personas. A pesar de esto, hubo discordancia en torno al significado de enfermedad terminal, si bien en un inicio el proyecto de ley contemplaba una definición, finalmente esta fue eliminada por causar, potencialmente, confusión tanto en médicos como pacientes. Es por esto que, en definitiva, la calificación de estado de salud terminal quedó entregada al criterio de los propios médicos que tuvieran que manejar las situaciones concretas[28].

Si bien es cierto que el propio proyecto de ley y las discusiones en torno a este tuvieron siempre claro que en ningún caso podría aceptarse la eutanasia activa o el suicidio asistido,

---

[26]Historia de la Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, pp. 7-9.

[27] En referencia a lo que Helmut Coing sostiene en su texto, la importancia de considerar a los pacientes enfermos terminales y su derecho a decidir obedece al fin primario del derecho, cual es asegurar la paz en la sociedad y garantizar la seguridad de sus miembros, en esto caso todo esto estaría referido a las personas que padecen una enfermedad terminal. Pero, además, el fin del derecho no es solo asegurar la paz y seguridad de sus miembros, sino que, al estar al servicio de la justicia, debe observar que sus soluciones sean justas para todos sus miembros.

[28] Historia de la Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, p. 8.

era igualmente claro que el objetivo de esta regulación tampoco consistía en aprobar el encarnizamiento u obstinación terapéutica. En este sentido, se aclaró desde un inicio que se debía consagrar la posibilidad de limitar los esfuerzos terapéuticos por parte de los médicos, toda vez que se vieran enfrentados a enfermedades o estados de salud insostenibles e incurables.

En cuanto a las discusiones que se dieron en torno a la situación de los pacientes enfermos terminales, estas se dividieron en la decisión informada y el estado de salud terminal propiamente tal. Por un lado, dos fueron los puntos centrales de discusión en lo que dice relación con la decisión informada de los pacientes, a saber, la modificación de la decisión en pacientes inestables y cuál es el grado de decisión del médico en relación con la del paciente. Por otro lado, el principal punto de discusión en torno al estado de salud terminal fue la eventual autorización de la eutanasia pasiva a través de la omisión de tratamiento, que fue considerada como una potencial consecuencia del derecho al rechazo de tratamiento por parte del paciente. En cuanto a esto último, se arribó a la conclusión de que la eutanasia, tanto activa como pasiva, no estaba permitida en ninguna circunstancia[29].

3. Discusiones específicas en torno a los artículos 14 y 17

El artículo 14 de la ley consagra el derecho que tienen los pacientes a aceptar o rechazar cualquier tratamiento o procedimiento que tenga relación con su salud. Por regla general, la manifestación de voluntad se debe hacer de manera verbal, salvo excepciones.

Sobre esta norma se presentaron tres indicaciones de modificación, una de las cuales dice relación con la aceleración de la muerte artificial, relacionándola así con el artículo 17 del mismo cuerpo legal. La indicación mencionada fue presentada por tres diputados, quienes propusieron agregar una frase al artículo 14 para vincularlo con las limitaciones del artículo 17, norma que establece la prohibición de acelerar artificialmente el proceso de muerte en pacientes terminales.

En particular, mediante esta relación añadida al artículo 17 se pretendía delimitar el alcance de la libertad de elección del paciente, además de dejar claro que el rechazo a un tratamiento

[29] Historia de la Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, p. 20-23.

no es absoluto, toda vez que tiene como barrera la aceleración artificial de la muerte. De esta manera se zanjó definitivamente el debate producido en torno a la eventual posibilidad de eutanasia pasiva, de manera que un paciente que en principio tiene el derecho a denegar su voluntad para recibir un tratamiento, se ve obligado a aceptarlo si es que ese rechazo implica ejercer la eutanasia pasiva[30].

En cuanto al artículo 17, se ahonda aún más en la prohibición señalada someramente en el artículo 14. En este sentido, el artículo 17 parte estableciendo en su primer inciso que al paciente que le sea informado que su estado de salud es terminal no le está permitido rechazar un tratamiento si eso implica acelerar artificialmente su proceso de muerte.

Las discusiones que se suscitaron a partir de la redacción de esta norma se refirieron, por un lado, a la ya mencionada confusión que podría provocar el hecho de que la ley calificara el estado terminal, y por el otro, el carácter restrictivo al derecho de elección que supone la prohibición de la aceleración de la muerte. En el primer caso la indicación fue aceptada, en el segundo, rechazada.

En cuanto a la primera discusión sobre la definición de estado terminal pretendida por la ley, el Poder Ejecutivo formuló una objeción argumentando que, en algunos casos, un paciente podía sufrir severamente por su enfermedad, pero ello no implicaba su muerte inmediatamente, por tanto, que la ley intentara abarcar todo el campo de posibilidades definiendo enfermedad terminal podía ser perjudicial para la correcta aplicación de la norma. De igual modo se plantearon objeciones respecto de la segunda discusión, sobre todo en cuanto a la posibilidad de los pacientes de poder efectivamente elegir si someterse a un tratamiento o no. En este sentido la Ministra de Salud de esa época argumentó que esta norma significaba una limitación muy grande en cuanto a la libertad de elección que tenían los pacientes, pues, si la limitación era aprobada, a su juicio los objetivos del proyecto no se verían cumplidos a cabalidad.

Luego de las discusiones presentadas en estos párrafos, el proyecto quedó terminado y la ley fue promulgada con las indicaciones aceptadas. Si bien hubo muchas más indicaciones presentadas y aprobadas a lo largo de la revisión de los artículos de la ley, ellas no tienen

[30] Historia de la Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, pp. 143-145.

directa relación con el tema en estudio, por lo tanto, no merece la pena mencionarlas aquí. Las que indicaciones que sí se refieren al tema en estudio, y por tanto lo afectan directamente, son las mencionadas en los párrafos anteriores.

Para concluir este apartado, considero que en análisis de la historia del establecimiento de la Ley 20.584 que regula los derecho y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud es crucial para entender los diversos puntos de vista discutidos para llegar a su aprobación final. En efecto, la historia de su establecimiento entrega insumos para una mejor interpretación de las disposiciones mencionadas, sobre todo para la prohibición de la aceleración artificial de la muerte en pacientes terminales.

El hecho de saber que durante la etapa de discusión hubo posturas contrapuestas y personas que intentaron defender el derecho de libre elección de los pacientes por sobre la prohibición de la aceleración artificial de la muerte demuestra que el debate todavía no está del todo cerrado[31]. En este sentido, creo que es posible revertir la situación en la que está nuestro país en miras a una regulación menos conservadora y más abierta a las distintas posibilidades que deberían tener los pacientes. Considero, además, que esta ley no se hace cargo del problema de fondo que significa negarle a las personas un derecho tan básico como poder elegir sobre su propio cuerpo y vida.

IV. Derecho comparado

El derecho a morir en el ámbito internacional no se ha asentado todavía con la fuerza que merece, es más, en Occidente son más los países que prohíben la eutanasia o el suicidio asistido que quienes lo aprueban. En los párrafos que siguen presentaré el caso de tres de los cinco países que legalizaron el derecho a morir, estos son Holanda, Bélgica y Canadá.

Como primera aproximación al estado de la regulación en cada país en específico, considero necesario presentar dos similitudes que tienen estos tres países al momento de determinar la

[31] Como menciona el autor al inicio de su texto, la historia del derecho es una parte de la historia de la cultura, y en toda cultura siempre habrá un porcentaje de discordancia que se opongan a la creencia mayoritaria que prevalece en un periodo de tiempo. Esto lleva necesariamente a la conclusión de que, si bien la regulación actualmente obedece a la percepción de la cultura mayoritaria, esa cultura no es estática, y puede ir evolucionando y dando paso a que en el futuro la cultura mayoritaria sea la que es hoy en día minoría, y así dar un vuelco a la prohibición de eutanasia en nuestro país.

procedencia de la eutanasia o el suicidio asistido. Por un lado, estas figuras solo pueden plantearse si es que la persona que las recibirá se encuentra en estado terminal, por el otro, el médico tratante debe tener la certeza de que la solicitud de muerte del paciente es completamente libre e informada respecto de sus demás alternativas[32].

1. Holanda

El año 2002 fue aprobada la Ley Sobre Terminación de la Vida a Solicitud o Suicidio Asistido, ley que modificó el artículo 293 del Código Penal holandés, que castigaba con penas de prisión y multa a quien terminara con la vida de otra persona, independiente del consentimiento de esta última. En lo pertinente, la Ley del 2002 vino a establecer ciertas condiciones de procedencia para que la conducta del médico que practicara la eutanasia o el suicidio asistido no fuera punible.

Así, el mencionado artículo 293 fue modificado, de manera que actualmente prescribe que el médico que presta ayuda a un paciente a morir o realiza eutanasia no debe ser castigado por tales actos, solo en cuanto cumpla con los requisitos establecidos en la ley. En este país a los requisitos impuestos para permitirle a una persona morir se les denomina requisitos de debido cuidado[33].

Los requisitos son, en primer lugar, que el médico que vaya a practicar la eutanasia o suicido asistido tenga la certeza de que la decisión del paciente es libre e informada. En segundo lugar, el médico tratante debe tener certeza de que el dolor sufrido por su paciente ya no es soportable. En tercer lugar, el paciente deber ser informado de sus demás alternativas. En cuarto lugar, el paciente conocer cuál es el problema de salud que padece. En quinto lugar, el médico que vaya a realizar la petición debe haber consultado, a lo menos, a otro médico que corrobore que se está cumpliendo con todos los requisitos anteriormente nombrado. Y, por último, la muerte del paciente debe ser consecuencia directa de la practica eutanásica o el suicidio asistido[34].

---

[32] Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2018, pp. 1-3.

[33] TAK, 2000, pp. 109-110.

[34] Artículo 2.1 Ley Sobre Terminación de la Vida a Solicitud o Suicidio Asistido.

El origen de esta regulación se remonta al año 1973, específicamente al denominado caso Postma[35]. La médica Geertrud Postma fue simbólicamente condenada a una semana de prisión por quitarle la vida a su madre, quien había padecido un derrame cerebral y se encontraba en profundo sufrimiento por las condiciones de vida que llevaba desde este entonces. Al interrogar a la médica, esta confesó que lo único que lo único que lamentaba era no haberle quitado la vida a su madre antes para que dejara de sufrir, pues esta última llevaba mucho tiempo implorando su propia muerte[36].

Gracias a este fallo del Juzgado del distrito de Leeuwarden comenzó el debate público en los países bajos sobre la regulación del derecho de los pacientes a morir con dignidad[37]. El caso tuvo tanto impacto social que fue imposible ignorar la precaria situación en la que se encontraban los pacientes en estado de salud terminal o quienes sufrían insoportablemente a causa de una enfermedad. Una vez conocido el caso de la médica Postma fue el mismo Juzgado que falló su condena quien postuló ciertas condiciones para que la realización de las prácticas eutanásicas o el suicidio asistido no fueran punibles.

En un principio, las condiciones fueron que el paciente sea terminal, que su sufrimiento físico o psicológico sean insoportables, y que tal paciente haya expresado su voluntad de morir. Más tarde, y con motivo de un caso similar al aludido, se agregaron dos requisitos más para configurar la impunidad, los cuales fueron que la práctica eutanásica o suicidio asistido solo pueda llevarlo a cabo un médico y que ese médico deba informar cabalmente al paciente sobre su condición, sus alternativas y su perspectiva de vida. Todas estas condiciones relativas al derecho de las personas a morir culminaron con la mencionada ley del año 2002[38].

2. Bélgica

[35] Veredicto 1973/183 del Juzgado del Distrito de Leeuwarden.
[36] MORA, 2002, p. 554.
[37] El debate desencadenado en los países vecinos, sobre todo el impacto de tuvo esta sentencia y posterior regulación en Bélgica, demuestra fielmente lo que postula Alesandro Pizzorusso en su texto Curso de Derecho Comparado sobre la instrumentalización de los estudios de Derecho Comparado. El autor postula que es perfectamente posible que los estudios producidos en esta disciplina puedan resultar instrumentales respecto de los estudios de derechos nacionales, y es efectivamente lo que ocurrió aquí, toda vez que Bélgica tomó el ejemplo de Holanda y a partir de esa experiencia comienza a regular una materia antes prohibida.
[38] TAK, 2002, p. 115.

Al igual que en Holanda, la eutanasia en Bélgica está permitida desde el año 2002 a través de la Ley Relativa a la Eutanasia. Esta ley reconoce la libertad de cada paciente a consultar y regular sus opciones de vida y, eventualmente, las de su muerte, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones establecidas en la misma norma. Esta ley establece que el médico que practique la eutanasia a otra persona no será condenado siempre y cuando el paciente que solicita la muerte sea mayor de edad, su situación sea terminal, su dolor insoportable y que tal sufrimiento sea causado por la enfermedad que padece[39].

En relación a la jurisprudencia de este país, dado que Bélgica tomó la sentencia dictada en Holanda el año 1973 sobre el caso Postma y la convirtió en su motor de impulso para la aprobación de la eutanasia, y dado que las fuentes doctrinales consultadas al efecto lo confirman[40], me es obligatorio tener por reproducida dicha sentencia para plasmar la experiencia de Bélgica. La principal razón por la que esta situación se produce es la enorme similitud en cuanto a historia, derecho y cultura que ambos países comparten[41].

Existen distintos hitos que marcaron la historia de la regulación y el debate sobre la legalización de la eutanasia en este país, los principales acontecimientos que pueden ser mencionados son la solicitud de los presidentes del Parlamento y del Senado de definir lo que iba a entenderse por eutanasia en el país. Seguido de esto, otro hito decisivo fue el cambio de gobierno de 1999, que pasó de uno cristiano y conservador a otro abiertamente más radical y que desde un inicio alentó el debate sobre la regulación de la eutanasia. Por último, fue extremadamente importante la experiencia holandesa, que inspiró en Bélgica el cambio de perspectiva sobre el derecho a morir[42].

3. Canadá

En junio de 2016 Canadá aprobó la Ley C-14 que regula la asistencia médica a morir, producto de un emblemático fallo del Tribunal Supremo de un año antes. Esta ley permite que el médico asista a un paciente a su muerte cuando se reúnan ciertos requisitos que

[39] Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2019, p. 2.
[40] Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2019, p. 2.
[41] Como manifiesta Pizzorusso, a través de la comparación de los distintos derechos nacionales puede llegarse a la identificación de varios principios y reglas que constituyen un patrimonio común respecto a varios ordenamientos jurídicos. Este patrimonio común no es exclusivo de las normas promulgadas en los distintos países, sino que también puede reflejarse en cómo se producen estas normas.
[42] LORDA y BARRIO, 2012, p. 5.

procedibilidad, los cuales, al concurrir, determinan que un estado de salud es grave e irreversible. Los requisitos son que la enfermedad sea grave e incurable, que el estado de la enfermedad sea avanzado e irreversible, que como resultado de tal enfermedad el paciente sufra un dolor físico o psicológico insoportable y que su muerte natural sea una cuestión previsible[43].

La normativa sobre la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Canadá es, al igual que en Holanda y Bélgica, producto de un fallo emblemático. En febrero de 2015 el Tribunal Supremo de Canadá acogió la demanda de una mujer que padecía una enfermedad degenerativa que la iba a llevar inevitablemente a la muerte, esta mujer, si bien gozaba de buena salud al momento de interponer la acción, demandó al Estado por su derecho a morir dignamente y cuando ella lo decidiera. Como resultado, el Tribunal Supremo revocó la prohibición de muerte asistida, recogida hasta entonces en el artículo 241 b) del Código Penal[44].

A juicio de los 9 ministro del Tribunal, tal prohibición era en extremo cruel y directamente atentatoria contra derechos fundamentales amparados por la Constitución Canadiense. A mayor abundamiento, uno de los principales argumentos, tanto de la demanda como de la sentencia, se basó que los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de las personas se veían fuertemente transgredidos con la prohibición existente hasta ese momento, razón por la cual debía ser derogada lo antes posible[45].

A pesar de que la aprobación de esta ley tuvo un impacto positivo en el sistema de salud canadiense, donde ya más de mil trescientas personas han tenido acceso a una muerte digna, existen ciertas cuestiones que causan confusión tanto en médicos como pacientes. Uno de los principales aspectos confusos de la ley es cuál es la interpretación correcta del último requisito de muerte razonablemente previsible[46]. Como respuesta, un Tribunal de Ontario ha

[43] Derecho a morir dignamente, Asociación Federal, 2017, p. 3.
[44] GIMBEL, 2016, pp. 16-18.
[45]GIMBEL, 2016, p. 22.
[46] Recordando la historia del establecimiento de la ley 20.584 presentada más arriba, debe recordarse que, en Chile, al igual que en Canadá, se generaron confusiones en cuanto a definiciones o conceptos que entregaban las leyes de cada país. Esto lleva a destacar la segunda actividad que según Pizzorusso cumple el estudio el derecho comparado, la cual se denomina microcomparación. En efecto, este tipo de comparación se avoca a la confrontación de instituciones jurídicas particulares que son comunes a ordenamientos diferentes. En el caso en concreto, considero que esta actividad del estudio de derecho comparado puede ser perfectamente aplicable

sido el que hasta ahora ha podido clarificar de manera más satisfactoria la cuestión, para así interpretar correctamente la previsibilidad de la muerte. En definitiva, se estableció que la previsibilidad no solo depende de la enfermedad aislada, sino que se debe atender a la totalidad de condiciones y circunstancias médicas del paciente, por lo que no se puede establecer una cantidad de años estándar para todas las personas al momento de decidir que el estado de salud es terminal[47].

De los tres países analizados es posible extraer distintas conclusiones que, a mi juicio, servirían de argumento para una eventual aprobación de la eutanasia y el suicidio asistido en nuestro país. En particular, me refiero a las condiciones sociales, la intensidad de las regulaciones y la participación de los Tribunales en la materia.

En cuanto a las condiciones sociales, considero que, tanto en estos países como en Chile, las personas han tenido una evolución considerable en cuanto a lo que la muerte digna significa. Cada vez es más común que este tema sea conversado y considerado por las personas que no quieren llegar al final de sus días en condiciones deplorables que malamente pueden llamarse vida. Basta con observar el ejemplo de Paula Díaz, la joven que en 2018 solicitó autorización a la presidenta Michelle Bachelet para morir, pues la enfermedad que padecía la tenía sumida en un dolor insoportable.

Otro punto que me parece muy importante es que en los países presentados la regulación de la muerte de los pacientes es de tal nivel que no deja margen para su mal uso y eventuales vulneraciones a personas más vulnerables. Si bien es cierto, un temor razonable por parte de los países que prohíben la eutanasia o suicidio asistido apunta a un posible aprovechamiento de estas prácticas, la experiencia de Holanda, Bélgica y Canadá demuestra lo contrario, pues, con una estricta regulación, la cuestión puede funcionar perfectamente y alcanzar los objetivos para los que fue dictada.

Por último, considero que, como se ha demostrado que los Tribunales de Justicia han tenido un papel preponderante en impulsar la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido, es menester que nuestro país se encargue de educar a las y los jueces sobre el tema. La

---

a la reacción de los médicos de cada país frente a las definiciones que daban sus leyes sobre temas tan especializados como previsibilidad de muerte y enfermedad terminal.

[47] Derecho a morir dignamente, Asociación Federal, 2017, p.28.

jurisprudencia nacional analizada en las primeras páginas sobre la autonomía y posibilidad de elección reconocidas a las personas que padecen enfermedades terminales dejan mucho que desear, creo que es urgente que el Poder Judicial se haga cargo de una problemática tan patente, como lo es el acceso a la muerte digna, educando e instruyendo a sus miembros y funcionarios para así lograr sentencias razonables y justas.

V. Conclusión

De todo lo expuesto en estas páginas me parece que hay ciertas cuestiones que merece la pena resaltar. En primer lugar, qué es la aceleración de la muerte artificial. En segundo lugar, la contradicción existente entre los artículos 14 y 17 de la ley. En tercer lugar, en qué sentido la prohibición de la ley se encuentra en contradicción con la bioética. En cuarto lugar, qué papel juega el derecho de elección que tienen los pacientes terminales. En quinto lugar, qué posible implicación podría tener el hecho de que existan diversos puntos de vista en cuanto la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido. Y, por último, cuál es el diagnóstico social de nuestro país en cuando al tema en estudio.

En primer lugar, en relación al significado de aceleración de muerte artificial, queda claro que tanto la doctrina nacional y comparada como el derecho nacional comparado son capaces de dar una definición. Así, en lugar de ir directo al vacío de en cuanto a lo que significa este concepto que tanta controversia ha causado, se opta, tanto en los países que admiten la eutanasia y suicidio asistido como aquellos que rechazan estar prácticas, bordear la interrogante y hacerse cargo de cuestiones que tienen directa relación con la aceleración de la muerte artificial. Si esto es así, me parece que la solución más acertada sería simplemente suprimir el concepto contenido en la ley y así regular el problema de una manera más sencilla en lugar de empantanarse en nociones indefinidas y oscuras.

En segundo lugar, y en directa relación con la falta de definición de aceleración artificial de la muerte, nos encontramos con la evidente contradicción que existe entre los dos artículos de la ley que intentan regular la materia. Por un lado, estas disposiciones se refieren a pacientes que sufren estados de salud terminales, y por el otro, establecen la prohibición de la aceleración artificial de la muerte de estos pacientes. Por consiguiente, creo que la pregunta que inmediatamente salta a la mente es ¿cómo es posible sostener que el rechazo de algún tratamiento por parte de un paciente en estado de salud terminal tenga como consecuencia la

aceleración artificial de su muerte? A mi juicio esta pregunta se responde sola en el sentido de que la misma interrogante es contradictoria, por lo tanto, la respuesta no puede ser positiva.

En tercer lugar, un aspecto muy importante de la medicina moderna es la consideración de los principios de la bioética que, a grades rasgos, toman como fundamento la dignidad de la persona humana. Teniendo esto en cuenta, es fácil advertir el dilema que presenta la ley, pues la prohibición impuesta a los pacientes terminales de no poder rechazar un tratamiento tiene como correlato la obligación de soportar una vida carente de toda dignidad, y en este sentido, las disposiciones estudiadas entran en directa contradicción con la bioética y sus principios.

En cuarto lugar, considero necesario advertir que el aparente respeto a la autonomía de los pacientes que presenta la ley no es tal, toda vez que al instante en que un paciente se encuentre en estado terminal, pierde todo el derecho a decidir sobre su propia vida y salud. Es más, creo que de nada sirve que los fundamentos de la ley y sus principios generales hagan alusión al respeto de la dignidad humana y la autonomía de las personas si cuando estos derechos necesitan ser más protegidos, son completamente dejados de lado en desmedro de quienes los poseen.

En quinto lugar, y a pesar del pesimista panorama que pudiera revelar esta mala regulación de los derechos de las personas en estado de salud terminal, el hecho de que ya se estén debatiendo posiciones contrapuestas da un atisbo de esperanza a la actual regulación. Recordemos que el apartado de la historia del establecimiento de la ley mostró que en el momento en que esta ley estaba siendo creada las posturas no eran totalmente similares, pues hubo quienes expusieron opiniones algo más liberales en cuanto a la autonomía que debe reconocérsele a los pacientes terminales.

Por último, el examen de distintos países que permiten la eutanasia y/o el suicidio asistido demuestran que fue la sociedad la impulsora de todos los cambios que se fueron, y en ese sentido, considero que esta es una buena noticia para Chile, pues poco a poco el debate sobre el acceso a la muerte digna se ha ido abriendo paso hasta llegar incluso a peticiones formales a nuestras autoridades. Nuestra sociedad cada vez más está abriendo la mente a regulaciones que hace unos años eran inconcebibles, primero vino el derecho al divorcio y luego el derecho

al aborto en tres causales. Teniendo estos ejemplos a la vista, todo parece indicar que el derecho a la muerte digna está más cerca de lo que se podría creer.

Bibliografía citada

- ALONSO ÁLAMO, Mercedes, 2007: "La eutanasia hoy: Perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico)", *Revista Penal*, Santiago, volumen 20, pp. 1-29. Disponible en http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12127/Eutanasia.pdf?sequence=2 [19.05.2019].
- ATIENZA, Manuel, 2012: "El sentido del derecho", *Ariel: Barcelona*, pp. 237-262.
- BECA, Juan Pablo; Montes, José Miguel; Abarca, Juan, 2010: "Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales", *Revista Médica de Chile*, Santiago, volumen 138 n°5, pp. 639-644. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500016 [17.05.2019].
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2010: "Historia de la Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", Santiago, pp. 1-1007. Disponible en https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/4579/
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2018: "La Eutanasia en la Legislación Nacional y Extranjera", Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones, Santiago, pp. 1-13. Disponible en https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=70184
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2019: "Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo", Asesoría Técnica Parlamentaria, Santiago, pp. 1-14. Disponible en https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica__Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf
- CALSAMIGLIA, Albert, 1986: "Introducción a la ciencia jurídica", *Ariel: Barcelona*, capítulo 3, pp. 75-87.
- COING, Helmut, 1982: "Historia del derecho y dogmática jurídica, *Revista Chilena de Derecho*, Santiago, volumen IX (2), pp. 245-257.

- Derecho a morir dignamente, Asociación Federal, 2017: "Desafíos a la Libre Determinación: La Ley C-14 Un año después", Canadá, pp. 1-18. Disponible en https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/2017-balance-ley-c14-castellano.pdf
- GIMBEL, José Francisco, 2016: "Eutanasia y Suicidio Asistido en Canadá. Una panorámica de la sentencia Carter c. Canadá y del consiguiente Proyecto de Ley C-14 presentado por el Gobierno canadiense", *Revista de Derecho UNED*, España, pp. 351-377.
- Grupo de Estudio de Ética, de la Sociedad Médica de Santiago, 2000: "El enfermo terminal", *Revista Médica de Chile*, Santiago, volumen 128, n°5, pp. 547-552. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000500015 [17.05.2019].
- KNOPP DE CARVALHO, Karen y LERCH LUNARDI, Valeria, 2009: "La obstinación terapéutica como una cuestión ética: enfermeras de unidades de terapia intensiva", *Revista Latino-am Enfermagen*, Brasil, volumen 17 n°3, pp. 1-7. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_05.pdf [18.05.2019].
- LEÓN CORREA, Francisco Javier, 2009: "Fundamentos y principios de la bioética clínica, institucional y social", *Acta Bioética*, Santiago, volumen 15 n°1, pp. 70-71. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100009 [18.05.2019].
- Ley Sobre Terminación de la Vida a Solicitud o Suicidio Asistido, 2002, Holanda.
- LORDA, Pablo y BARRIO Inés, 2012: "La eutanasia en Bélgica", *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, pp. 1-15. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/02_colaboracion_especial_1.pdf
- PAREDES ESCOBAR, María Cristina, 2012: "Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana", *Acta Bioética*, Santiago, volumen 18 n°2, pp. 163-171. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso [18.05.2019].

- MORA, Juan Jesús, 2002: "Despenalización de la Eutanasia en los Países Bajos. El Proyecto de Ley Korthals/Borst, *Revista del Instituto Bartolomé De Las Casas*, Sevilla, pp. 535-581. Disponible en http://www.bioeticanet.info/eutanasia/MoraHolanda2002.pdf
- PIZZORUSSO, Alessandro, 1987: "Curso de derecho comparado", En A. Pizzorusso, *Curso de Derecho Comparado*, Editorial Ariel, Barcelona, pp. 79-102.
- SANS SABRAFEN, Jordi y ABEL FABRE, Francesc, 2005: "Obstinación terapéutica", Real Academia de Medicina de Cataluña, Barcelona, pp. 1-8. Disponible en http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf [18.05.2019].
- SHAUER, Frederick, 2013: "Pensar como abogado", *Marcial Pons,* Madrid, capítulo 1, pp. 16-27.
- TAK, Peter, 2000: "La nueva Ley sobre Eutanasia en Holanda, y sus precedentes", *Revista Unoversidad de Nijmegen,* Holanda, pp. 109-125. Disponible en http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12575/Nueva%20Ley.pdf?sequence=2
- Veredicto N°1973/183, 1973, Juzgado del distrito de Leeuwarden, Holanda.