

## INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN CUATRO PROYECTOS DE LEY, REFUNDIDOS, SOBRE MUERTE DIGNA Y CUIDADOS PALIATIVOS

BOLETINES N°s 7.736-11, 9.644-11, 11.577-11 y 11.745-11.

---

### HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Salud viene en informar, en primer trámite constitucional y reglamentario, cuatro proyectos referidos al tema anteriormente individualizado, iniciados en moción de los siguientes diputados:

- El primero, sobre el derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable, de los ex diputados Adriana Muñoz D'Albora y Gaspar Rivas Sánchez.
- El segundo, que modifica diversos cuerpos legales con el objeto de permitir la eutanasia, haciendo efectiva la autonomía de las personas en caso de enfermedades terminales, de los diputados Karol Cariola Oliva, Maya Fernandez Allende, Marcela Hernando Pérez, Giorgio Jackson Drago, Tucapel Jiménez Fuentes y Vlado Mirosevic Verdugo, y del ex diputado Claudio Arriagada Macaya.
- El tercero, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia, de los diputados Pepe Auth Stewart, Karol Cariola Oliva, Loreto Carvajal Ambiado, Cristina Girardi Lavín, Vlado Mirosevic Verdugo y Manuel Monsalve Benavides, y los ex diputados Miguel Ángel Alvarado Ramírez, Guillermo Ceroni Fuentes, Felipe Letelier Norambuena y Daniel Melo Contreras.
- El cuarto, que establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica en conformidad a ello el Código Penal, de los diputados Aracely Leuquén Uribe, Andrés Longton Herrera, Karin Luck Urban, Erika Olivera De La Fuente, Marcela Sabat Fernández y Sebastián Torrealba Alvarado.

Se hace presente que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17 A de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, **la Sala de la Corporación autorizó refundir dichos proyectos, a propuesta de la Comisión,** con fecha 21 de agosto de 2018.

### CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.

1) La idea matriz o fundamental de los proyectos refundidos es establecer una normativa jurídica que permita a una persona que, cumpliendo ciertas condiciones estrictamente establecidas en la ley, decida y solicite asistencia médica para morir.

Para cumplir dicho objetivo, se propone introducir modificaciones en la ley sobre derechos y deberes de las personas en atención de salud, y en los códigos Civil y Penal.

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

Tiene ese carácter, el artículo 16 C propuesto en el numeral 4) del artículo primero del proyecto de ley, en virtud de lo dispuesto en el artículo 77 de la Constitución Política de la República, en cuanto se establece una nueva atribución para los tribunales de justicia.<sup>1</sup>

3) Normas que requieran trámite de Hacienda.

No hay.

4) Los proyectos refundidos fueron aprobados, en general, uno (boletín N° 9.644-11), por mayoría de votos (8 a favor, 4 en contra y 1 abstención), y los otros tres (boletines N°s 7.736-11, 11.577-11 y 11.745-11) por la unanimidad de los diputados presentes (8 votos a favor).

Boletín N° 9.644-11. Votaron a favor los diputados Castro, Cariola, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Mirosevic (en reemplazo de la diputada Mix), Rosas y Verdessi. Votaron en contra los diputados Bellolio, Leopoldo Pérez (en reemplazo del diputado Andrés Celis), Gahona y Macaya. Se abstuvo la diputada Olivera.

Boletines N°s 7.736-11, 11.577-11 y 11.745-11. Votaron a favor los diputados Castro, Cariola, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Mix, Olivera y Verdessi.

5) Diputado informante: señor Vlado Mirosevic Verdugo.

\* \* \* \* \*

## I.- ANTECEDENTES.

- **Fundamentos de los proyectos de ley contenidos en las mociones.**

- *Boletín N° 7.736-11.*-

En sus fundamentos señala que nuestro ordenamiento jurídico debe contemplar la posibilidad que una persona mayor de edad, en pleno uso de sus capacidades mentales y que sufre de una enfermedad o lesión terminal e incurable y que se encuentre en un estado tal de invalidez física que le impide poner por sus propios medios fin a su vida, pueda ser asistida en ese propósito por un médico sin que éste sea penalizado por eso, si ha optado libremente por no seguir viviendo.

- *Boletín N° 9.644-11.*-

En sus fundamentos señala que la idea del proyecto es reconocer el derecho de cada persona a no padecer males o dolores innecesarios y a evitar la prolongación artificial de su vida, regular su ejercicio para garantizar que esta decisión sea adoptada de manera autónoma, informada e indubitada por parte del paciente que ha sido diagnosticado en estado terminal, y modificar el Código Penal con el objeto de asegurar que la eutanasia esté despenalizada, en los casos en que se ejecute por un médico, de acuerdo a las formalidades y conforme a los procedimientos autorizados por la ley.

<sup>1</sup> Se envió oficio a la Corte Suprema, según lo dispone el artículo 77 de la Constitución Política de la República y el artículo 16 de la LOC del Congreso Nacional.

Asimismo, se hace alusión a la libertad, como un derecho consustancial a la dignidad de las personas.

- Boletín N° 11.577-11.-

En sus fundamentos señala que un aspecto común a las denominaciones 'eutanasia', 'muerte asistida', 'suicidio asistido', 'muerte digna' o 'asesinato por compasión' es que ninguna de ellas repara en la percepción del paciente afectado, siendo más bien denominaciones que provienen de la óptica de un juzgador ajeno, una persona probablemente sana que no ha debido colocarse en esa posición bastante extrema, pero que nos revela que hay un valor jurídico detrás digno de proteger en todo Estado de Derecho, cual es la libertad individual y la autodeterminación.

Por ello, señala, se precisa de un debate actualizado, oportuno y de cara a la comunidad. Al respecto, tiene presente el aumento de la esperanza de vida en el país, lo cual conlleva el crecimiento de la población adulta mayor, que podría aumentar la ocurrencia de enfermedades crónicas o que causen incapacidad, siendo oportuno un debate sobre una muerte digna o sobre cómo será la calidad de vida y de muerte de la población, en buenas o malas condiciones.

- Boletín N° 11.745-11.-

En sus fundamentos señala que junto con reconocer la prerrogativa de cada persona para solicitar que pueda terminar con su propia vida en determinado supuestos, es necesario que la sociedad se haga cargo de acompañar en la decisión a quien se ve enfrentado a este tipo de situaciones. Así, contextualizada la discusión es necesario tomar decisiones que respeten la libertad y la calidad de vida de las personas, y atendido que no se puede regular la conciencia, en todos los casos se puede respetar, acogiendo las necesidades irrefutables que entrega la ciencia, sin establecer derechos a la muerte, sino opciones no punitivas que permitan el resguardo de tal circunstancia.

- **Algunas definiciones vinculadas al tema objeto del proyecto<sup>2</sup>.**

“En términos generales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la Asociación Médica Mundial (AMM), acepta como definición de eutanasia: “el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar” (Sierra, 2007) (Asociación Médica Mundial, 2002). Por su parte, la Real Academia de la Lengua Española define la eutanasia como “acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte, con su consentimiento o sin él” (Sociedad Médica de Santiago, 2011).

De un modo más específico, también se la ha definido como “la muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre abundantemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera deliberada por el personal sanitario o al menos con su ayuda, mediante fármacos o con la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se valora como ya no digna de ser vivida” (Sociedad Médica de Santiago, 2011).

<sup>2</sup> ? Extraído de un informe, más extenso, emitido por la Biblioteca del Congreso Nacional.  
<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=180450&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

Por otra parte, la Declaración 'Iura et Bona' de la Iglesia Católica sobre la eutanasia la define como “una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.

Sobre la base de estas definiciones generales, se han distinguido una serie de categorías que el derecho comparado recoge, y que a continuación se desarrollan:

#### 1. Eutanasia Directa.

Consiste en adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable, y que admite dos posibilidades: activa o pasiva (Marciá, 2008). Además, cada una de estas categorías puede, a su vez, ser voluntaria e involuntaria.

##### a. Eutanasia Activa.

Es aquella que consiste en efectuar las acciones específicas para provocar la muerte del paciente. La muerte de éste resulta, en consecuencia, de una acción directa (como pudiera ser la administración de dosis mortales de estupefacientes o de una sustancia letal) y efectiva de un tercero; generalmente un médico (Madrid, 2009).

##### b. Eutanasia Pasiva.

En este caso la muerte resulta como consecuencia de la interrupción de intervenciones, cuyo objetivo sea simplemente ofrecer a la vida su soporte indispensable (Madrid, 2009).

##### c. Eutanasia Voluntaria.

Es aquella que se produce cuando el paciente competente (racionalmente hablando), después de discernir y evaluar la información sobre su estado de salud, solicita la eutanasia.

##### d. Eutanasia No-voluntaria.

Se plantea cuando no se conoce, ni se puede conocer, si el paciente desea morir. La expresión se suele utilizar en los casos de pacientes en estado vegetativo que, mientras pudieron, no anticiparon directrices sobre sus preferencias de tratamiento. Debido a la situación, la decisión debe ser tomada por un tercero competente.

#### 2. Eutanasia Indirecta.

Se denomina de este modo la eutanasia cuya intención básica no es acortar la vida sino aliviar el sufrimiento. Consiste en procedimientos terapéuticos que tienen como efecto secundario la muerte, por ejemplo, la sobredosis de morfina para calmar los dolores, cuyo efecto secundario provocaría, como se sabe, una abreviación de la vida (Marciá, 2008).

Existen, además, otras figuras jurídicas similares a la eutanasia, como es el “Suicidio Asistido”, consistente en proporcionar a una persona, en forma intencionada y con su autorización, los medios o procedimientos para suicidarse (Marciá, 2008).

Sin embargo, es necesario considerar que este es un tema emergente en la comunidad internacional y, por tanto, las definiciones siguen aún en discusión, tanto en el ámbito médico como en el ético.”.

- **Normas legales en que incide el proyecto de ley.**

1) La ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en su atención en salud.

2) Artículos 391 y 393 del Código Penal.

- **Derecho comparado.<sup>3</sup>**

En el mundo, solo 5 países han regulado la eutanasia (Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Canadá y Colombia) y 4 el suicidio asistido (Suiza, Holanda, Luxemburgo, y algunos estados de EE. UU). En informe emitido por la Biblioteca del Congreso Nacional, que los miembros de la Comisión tuvieron a la vista, se señala que se revisaron cuatro países: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo, de los cuales todos regulan la eutanasia, mientras que Holanda y Luxemburgo, además aceptan el suicidio asistido.

En Bélgica, la eutanasia está legalizada a través de la *Loi relative à l'euthanasie 2002*. Así, la eutanasia es reconocida como un derecho para cada paciente de preguntar sus opciones en términos de la vida y la muerte, siempre y cuando se encuentre dentro de las condiciones establecidas por la ley.

En Colombia, no existe un marco legal sobre la materia, sin embargo, se ha autorizado la eutanasia mediante la aplicación de sentencias de la Corte Constitucional que han autorizado emitir normativas específicas, distinguiendo entre el procedimiento aplicable para adultos y el procedimiento aplicable a niños, niñas y adolescentes.

En Holanda, la eutanasia se encuentra legalizada mediante la ley sobre la terminación de la vida a solicitud o suicidio asistido (*The Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act, 2002*), la cual permite la eutanasia no solo para adultos sino también para niños y adolescentes, pero con condiciones distintas en uno u otro caso.

En Luxemburgo, la ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y el suicidio asistido (*Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*), define la eutanasia como un "procedimiento médico mediante el cual un médico termina intencionalmente la vida de otra persona a petición expresa y voluntaria de esta última". Por su parte el suicidio asistido consiste en "hecho que un médico ayude intencionalmente a otra persona a cometer suicidio, o proporcione a ésta los medios para ese fin, bajo la solicitud expresa y voluntaria de ésta". En ambos casos el fin último, es dar muerte o ayudar a dar muerte a una persona con una enfermedad incurable, para acortar su sufrimiento y período de agonía. La ley describe las condiciones para una solicitud legal de eutanasia o suicidio asistido.

## II.- ESTRUCTURA DE LOS PROYECTOS.

### - Boletín N° 7.736-11.-

Consta de ocho artículos. Mediante los primeros cinco artículos crea una legislación especial en la materia, disponiendo 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. A su vez, modifica el Código Civil permitiendo que las personas puedan declarar su intención de ser sometidos a procedimientos de eutanasia cuando se encuentren en un estado tal de incapacidad física que le impida manifestar claramente su voluntad, y modifica el Código Penal despenalizando la conducta.

---

<sup>3</sup> Extraído de un informe, más extenso, emitido por la Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=180451&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

**- Boletín N° 9.644-11.-**

Propone modificar la ley N°20.584, facultando a quien ha sido diagnosticado en estado de salud 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, a solicitar no padecer dolores o sufrimientos innecesarios y a evitar la prolongación artificial de su vida.

De igual manera, modifica el Código Civil permitiendo que las personas puedan manifestar previamente su deseo de acogerse a procedimientos de eutanasia en determinadas situaciones, y el Código Penal, despenalizando la conducta.

**- Boletín N° 11.577-11.-**

Introduce una modificación en la ley N°20.584, facultando a quienes sufren alguna enfermedad terminal que le provocan un dolor intenso o un sufrimiento significativo físico y/o psicológico y que no pueden aliviarse con las terapias y medicamentos disponibles de acuerdo al avance de la ciencia o por una enfermedad incurable en un plazo de proyección de seis meses o cuya esperanza de vida sea inferior a seis meses, contado desde la toma de decisión de paciente, a solicitar la eutanasia. Asimismo, promueve un período de adaptación hacia las instituciones de salud en la materia, y dispone que esta acción no constituye delito.

**- Boletín N° 11.745-11.-**

Propone, mediante ocho artículos, una legislación especial en la materia, facultando a quien haya sido diagnosticado con alguna enfermedad incurable y progresivamente letal, que le cause un padecimiento físicamente insoportable, a solicitar a un médico de su confianza que se ponga término a su vida. Al respecto, hace obligatoria la intervención del comité de ética, prohíbe la publicidad, reconoce la objeción de conciencia personal e institucional, dispone un sistema de acompañamiento y modifica el Código Penal, a fin de despenalizar de la conducta.

Finalmente, **el texto refundido, consta de tres artículos permanentes** mediante los cuales se modifica la ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes, el Código Civil y el Código Penal, respectivamente.

### **III.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.**

#### **a) Discusión y votación general.**

- **Exposición de autores de las mociones, de autoridades y de especialistas.**

---- **Diputado Vlado Mirosevic (uno de los autores de una de las mociones).** Partió su exposición señalando algunos conceptos relativos a la eutanasia; hizo presente que una forma de conceptualizarla es indicando los elementos de que se compone. Tales son: a) curso vital severamente comprometido y/o dolencia insoportable del paciente; b) que el profesional de la salud obre en consenso con el paciente para evitarle grave padecimiento; y c) que la conducta del profesional de la salud finalmente esté destinada a abreviar la vida de quien, aun teniendo alguna perspectiva de sobrevivencia, no puede sobrellevarla dignamente.

Mencionó que en ese concepto está involucrado el “principio de libertad individual, sobre sí mismo, sobre su cuerpo y sobre su mente, el individuo es soberano” (John Stuart Mill, filósofo y economista inglés). Indicó que según la regulación vigente, la “ley de derechos del paciente” no respeta la voluntad de quien solicita una eutanasia activa. Por otra parte, a la eutanasia activa le resulta potencialmente aplicable la figura del auxilio al suicidio (artículo 393 del Código Penal).

Explicó que para lograr los objetivos propuestos, la iniciativa de la que es autor sugiere modificar los siguientes cuerpos normativos:

a) Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

b) Código Penal.

c) Código Civil.

Quién podría solicitar la eutanasia: Solo podría hacerlo el paciente diagnosticado en estado de salud terminal o en estado de sufrimiento físico o mental constante e insoportable. El derecho que esta moción entrega al paciente –una vez que su voluntad sea expresada en las formas que establece esta ley-, es habilitar al médico competente para no iniciar o para interrumpir un tratamiento médico innecesario en cuanto este tenga por efecto prolongar artificialmente una vida de agonía, o para provocar directamente la muerte, de acuerdo a los procedimientos que autoriza esta ley, y según la voluntad expresada en las formas que establece esta ley.

Para que se devengue este derecho al paciente que está en las condiciones descritas, es necesario que concurren los siguientes requisitos: a) paciente con diagnóstico médico, b) mayoría de edad, c) facultades mentales plenas, y d) voluntad expresa, inequívoca y libre de cualquier presión externa. Asimismo, se requiere el cumplimiento de ciertas formalidades para el ejercicio del derecho a terminar con la vida: a) voluntad del paciente por escrito, b) expresada ante dos testigos y un ministro de fe, c) voluntad expresada verbalmente, cuando el paciente no se pueda expresar por escrito. Pero se dejará constancia por escrito, y d) voluntad expresada anticipadamente mediante testamento.

Entre los deberes del profesional de la salud tratante, mencionó los siguientes: a) proporcionar al paciente información completa del diagnóstico, b) informar de los cuidados paliativos que permitan que los efectos de la enfermedad sean lo más soportable posible, y c) informar del derecho a poner término a su vida, de los requisitos necesarios para hacerlo efectivo y de los procedimientos habilitados para terminar con la vida.

Los procedimientos destinados a poner término a la vida, serían los siguientes: 1) los reconocidos por la ciencia como idóneos para poner término a la vida. 2) causar el menor sufrimiento (físico o psicológico) posible al paciente. 3) considerar y dar prioridad en todo momento a la dignidad del paciente.

Se refirió, asimismo, a los alcances de la iniciativa respecto del Código Penal, indicando que ésta despenaliza el delito de auxilio al suicidio cuando este ha sido consecuencia de una solicitud expresa e inequívoca del paciente de poner término a su vida, siempre que se ejecute “cumpliendo con los requisitos y formas establecidas por la ley”.

En el mismo sentido, indicó que las modificaciones al Código Civil serían, por una parte, permitir que la voluntad de optar por la eutanasia se exprese anticipadamente mediante las formalidades del testamento; por otra parte, la voluntad, así expresada, es siempre revocable y la revocación no se somete a ninguna formalidad y, finalmente, la voluntad, así expresada, deviene en irrevocable cuando es el paciente quien pierde la facultad de expresar claramente su voluntad.<sup>4</sup>

**---- El profesor y jefe de la Unidad de Bioética de la Universidad de Chile, señor Miguel Kottow.**

Inició su exposición con comentarios respecto de los considerandos contenidos en la moción. Hizo hincapié que el proyecto se refiere, específicamente, a la “eutanasia médica activa”. En el primer considerando le llamó la atención que hay referencia a la Constitución Política y a los Derechos Humanos como equivalentes en su definición, pero no lo son. Así la Constitución dice “Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, pero la Declaración de Derechos Humanos dice “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Señaló que esa diferencia que parece semántica es fundamental, por cuanto “personas” y “seres humanos” no son sinónimos. Se mencionan la dignidad, la autonomía y la persona.

A su juicio, hay un malabarismo con el derecho a la muerte digna, que propone que se retire porque se puede usar de manera totalmente opuesta. El “derecho a una muerte digna” es lo que se usa para señalar un derecho “a vivir humanamente”, o sea, a ser acto de presencia, pasiva, tolerante, de cómo se está muriendo.

Del mismo modo, dijo, los opositores dicen “el derecho a morir dignamente” se inscribe en el ámbito de los derechos relacionados a la autodeterminación. Lo “digno” es poder intervenir en el acto de muerte que me está sucediendo para superarlo o paliarlo. Entonces, concluye, esta palabra “dignidad” se puede usar de dos maneras totalmente opuestas, de modo que piensa que debe ser dejada de lado.

En los considerandos de algunas de las mociones, hay una frase que le parece difícil de entender cuando dicen que “la libertad circunscrita es consustancial con la dignidad”. Le parece que no es consustancial puesto que la libertad es siempre un ámbito, no una razón absoluta y la dignidad, si se quiere usar ese vocablo, se supone que es absoluta. Entonces la sustancialidad es algo que está limitado versus algo que no tendría límites.

Por su parte, también hay alusión a conceptos que se requiere distinguir: entre suicidio, suicidio médicamente asistido y eutanasia médica activa. Afirmó que son tres conceptos radicalmente diferentes y opuestos.

También le llamó la atención que se use el término “males o dolores innecesarios”. Dice que no los entiende y tampoco los ha visto nunca antes en la literatura. Además, en todas las leyes se habla de “sufrimientos insoportables” y los anglosajones hablan de “intratables”. La expresión “innecesarios” le parece difícil de entender.

Otro concepto usado y que le llama la atención son las expresiones “prolongación artificial” ¿qué es eso? Indicó que la medicina es artificial por naturaleza. No

---

<sup>4</sup> Se dio lectura a una carta enviada por el señor Freddy Maureira, padre de dos niños fallecidos con ocasión de enfermedades irreparables. En ella, se menciona su lucha por lograr que se regule legalmente la eutanasia en Chile. Se encuentra en los antecedentes de la Comisión, de fecha 15 de mayo de 2018.

hay ninguna manera de decir 'esto es artificial' o 'no es artificial' cuando hay un contexto médico en el cual se está actuando u omitiendo. Se puede usar "obsesión terapéutica", "intervenciones médicas fútiles" o "terapias desproporcionadas".

Añadió que hay una norma que termina diciendo "sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario". Dice que esto hay que dilucidarlo, pues las medidas de soporte son parte del tratamiento o no lo son. Para algunos sí lo son y, por tanto, lo que se haga en términos de tratamiento u omisión también afecta la medida soporte. Para otros no tiene nada que ver la medida de soporte. Simplemente no pueden ser eliminadas haya lo que haya que hacer en términos de eutanasia.

En varios considerandos se dice "regular el ejercicio del derecho a eutanasia", y en otros "la regulación procedimental del proceso de eutanasia". Dice que son conceptos distintos y el primero debe estar regulado en la ley y el segundo en un reglamento.

En cuanto a lo señalado respecto de los países y a los Estados de Estados Unidos que autorizan el suicidio asistido, mencionados en el considerando 7, indicó el invitado que ello ya no es así, pues hay varios otros países que lo autorizan, no solo los mencionados en los fundamentos del proyecto.

Se habla de un "derecho a la vida", respecto a lo cual se hace algunas preguntas, tales como cuál es el concepto, pues según la conceptualización clásica un derecho es algo que facultativamente se tiene o que se ejerce o no se ejerce, pero que cuando existe y es aceptado como un derecho conlleva la obligación de cumplirlo cuando uno lo requiera, por lo tanto, "un derecho a la vida", qué es dentro de dicho contexto, implicaría una obligación de dar vida, de proteger vida, de no dañar vida; a su juicio, es un concepto no muy concretamente especificado.

Hay considerandos que, a su juicio, son bastante filosóficos y cree que está absolutamente sobrepasado. Desde la década de 1920 está la separación de Estado – Iglesia. Una ley tiene que suponer que existe tal separación, y evitar esgrimir argumentos de si lo laico puede o no puede hacer valer valores de tipo religioso.

Otro de los argumentos utilizados, que le parece curioso, es aquel que señala que se busca armonizar con las leyes actualmente vigente, en circunstancia que hace todo lo contrario, pues justamente desarmoniza y rompe la estructura de la ley N° 20.584 y crea una nueva ley donde sí se armonice con lo que se desea hacer.

En cuanto al texto del proyecto de ley, sugirió revisar las enmiendas referidas al término "artificial", porque es un término muy engañoso. Asimismo, insistió que un derecho es facultativo y conlleva una obligación de cumplimiento. Si se quiere se usa o si no, no. También llamó a revisar el "derecho a no padecer" que no es sustentable y es ambiguo, prefiriendo el "derecho a requerir eutanasia médica activa" que se correlaciona con una obligación de cumplimiento según reglamentación.

Indicó que el proyecto tiene una serie de términos que se repiten, tales como: "estado terminal", "vida de agonía", "vida del agonizante", "dolorosa agonía" o, "en estado de sufrimiento físico o mental constante e insoportable". Afirmó que los médicos no usan la expresión "estado terminal" sino "estado crítico", "grave" o "no existe tratamiento" pero no se le dice al paciente "usted está terminal". Asimismo, "vida de agonía", "vida del agonizante", "dolorosa agonía" dice no saber qué es eso.

Se pregunta el invitado por qué se habla de agonía, de terminalidad, de eutanasia en proceso de muerte, y luego se señala "en estado de sufrimiento físico o

mental constante e insoportable”. Todo eso es impreciso, señaló. Señaló que en todas partes se entiende que tiene que haber un sufrimiento físico, sea o no sea terminal. Así, la persona que tenga una tetraplejía no está terminal, la persona que tiene una esclerosis múltiple tampoco está terminal, pero está sufriendo lo indecible.

A su vez, indicó que la palabra “mental” es de difícil determinación, pues qué es el sufrimiento mental, y qué es lo que pasa con el suicidio (que está legalizado) pero que la sociedad se ha empeinado en decir “el que quiere suicidarse está enfermo”. La sociedad, dijo, no quiere que el suicidio sea una opción sino que quiere que sea un fracaso a evitar, por lo tanto, la expresión “mente” o “mental” no debiera establecerse.

Respecto del artículo 16 A, estuvo de acuerdo con que los médicos diagnostican y pronostican, pero no pueden evaluar en forma competente el estado de sufrimiento físico o mental constante e insoportable. Esto último no lo determina un médico ni los diputados, sino que lo determina el afectado.

En cuanto a la referencia a la mayoría de edad, estimó que lo correcto sería referirse a que se tenga “competencia de decisión”.

En cuanto a la idea que exista “voluntad anticipada” o “competencia actual”. Si la competencia actual implica que no puede haber voluntad anticipada habrá que decirlo de esa forma. Pues ocurre que el proyecto más adelante acepta la voluntad anticipada en el testamento y lo asimila a lo dispuesto en el Código Civil. Por tanto, hizo un llamado a decidirse; si se va a aceptar una voluntad anticipada y en qué condiciones o siempre tiene que haber competencia en el momento de solicitar la eutanasia. En cuanto a solicitar un médico especialista respecto a la patología, en Chile tiene complicaciones pues no hay ley de especialidades, y se entiende especialista cuando un médico decide serlo, lo que impide asegurar que se trate realmente de un médico especialista.

En una de las disposiciones, indicó que se menciona que el procedimiento debe ser idóneo para causar la muerte, pero la estricnina –por ejemplo- es idónea para causar la muerte, pero no es una hipótesis legal valedera. Lo que se quiere decir, al parecer, es que se trata de una eutanasia activa, que tiene que ser efectiva, tiene que ser oportuna y, por tanto, no tiene nada que ver con la eutanasia pasiva, que es justamente evitar el sufrimiento y aquí las trabas burocráticas puedan jugar en contra.

Además, aludió a cuatro conceptos que están vinculados y respecto de los cuales debe existir claridad sobre sus implicancias: suicidio, suicidio asistido, suicidio medicamente asistido, y eutanasia. Explicó que el suicidio no está penado; el suicidio asistido sí está penado y, entonces, aparece la figura inventada por los norteamericanos de suicidio médicamente asistido que es un híbrido y que no sirve de nada. O es suicidio o no es suicidio y eso debe quedar muy claro en esta iniciativa. Esto no se puede equiparar a una eutanasia, precisó.

La razón de sostener lo anterior, es porque el suicidio obedece al principio de mismidad, esto es, la decisión y la ejecución radican en la misma persona, por eso no hay pena. En la eutanasia pasa todo lo contrario porque obedece al principio de alteridad, esto es, una persona decide que otro le ayude legalmente, pero esto último va en contra de todo lo que la sociedad acepta, por eso que es difícil aceptar que otro reciba la potestad, a pedido del que lo solicita, para ejecutar un acto que en principio nos parece mal.

Es perfectamente legítimo, dijo, pensar que si se acepta que hay un principio de alteridad -que tiene que haberlo en la eutanasia-, debe haber alguien que sea

autorizado (lo lógico es que sea un médico). Esto no contraviene los principios de la medicina aun cuando reconoce que puede encontrar objeción de conciencia. Concluye, entonces, que el suicidio asistido está entre medio, entre el suicidio y la eutanasia y allí radica el error y su complejidad.

En resumen, señaló que hacía un llamado a legislar el derecho a recibir eutanasia médica activa en situaciones específicas, tales como: - paciente con discapacidad o enfermedad orgánicamente discapacitante (incapacidad corpórea de cometer suicidio); - sufrimiento intolerable (intratable) no mitigado por medicina paliativa; - voluntad expresa y reiterada de desear la muerte; y - necesidad física de asistencia por otro. Asimismo, afirmó que legislar el derecho a recibir eutanasia médica activa legítimamente solicitada genera la obligación de realizar el acto eutanásico de acuerdo a una reglamentación estricta y sujeta a una fiscalización posterior del acto, penalizándolo si incumple con lo anterior.

Culminó su intervención refiriéndose a la despenalización de la eutanasia activa en Bélgica, donde se requiere: voluntad expresa, escrita y eventualmente anticipada; situación clínica irreversible; sufrimiento psíquico o físico constante e insoportable; permitida en ciudadanos no belgas, siempre que estén en tratamiento con médico belga; y control y evaluación post factum por Comisión Federal.

**---- Subsecretaria de Salud Pública (S), señora Silvia Santander.**

Hizo presente que la salud pública en Chile tiene una enorme deuda de desarrollo, desde el punto de vista de la oferta que se tiene hacia los pacientes que están sufriendo este dolor insoportable y con enfermedades complejas. Las causas por las cuales las personas piden o desean morir frente al doctor, muchas veces provocado por un desgaste emocional enorme o porque están con un cuadro depresivo en el marco de su propia enfermedad. Las personas no desean morir, sino que tal deseo se provoca por razones particulares, por miedo, por depresión o por un dolor insoportable, entonces la respuesta de los gobiernos y del Ministerio han sido insuficiente, puesto que la medicina paliativa todavía tiene un desarrollo incipiente en Chile.

Por ahora, dijo, tienen garantizado (GES) el tratamiento del dolor en cáncer, sin embargo, en todas las enfermedades donde el tema oncológico no está como base no tienen garantía, por lo tanto, tienen un importante desarrollo y una oferta importante que generar hacia los pacientes que están en estas situaciones, tales como apoyo para disminuir el dolor, apoyo para el acompañamiento de la red, apoyo para la red de la comunidad de la familia, en el desarrollo de estas enfermedades.

Luego reflexionó sobre un principio básico de la medicina paliativa referido a la proporcionalidad terapéutica, que señala que para morir con dignidad se debe establecer un límite al esfuerzo terapéutico, para no llegar al extremo de ir buscando resultados o acciones terapéuticas más allá de lo que se puede lograr. Existe una obligación moral, como grupo de salud, de implementar todas las medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales para un buen resultado. Por ello, hay que evaluar cuando ofrece una terapia a un paciente y a la familia, cuál es el grado de dificultad para implementarla, los riesgos, los costos, las posibles complicaciones y los resultados esperados. Todo ese análisis es previo, porque en realidad el cuidado paliativo es su foco de desarrollo para el futuro.

Añadió que dentro del principio de cuidados paliativos y en el tema de no ensañamiento terapéutico, ellos están enmarcados en medicina paliativa y en principios muy generales, como la veracidad, el doble efecto que muchas veces les hace llevar a pacientes a tratamientos importantes con medicamentos que los hacen estar en estado de no conciencia, pero que es parte de lo esperado para el doble efecto, la prevención y el no abandono (jamás se puede abandonar a un paciente en estado de enfermedad grave o dejar de hidratarlo, de alimentarlo, de acompañarlo).

Afirmó que, como Ministerio, es preciso vincularse a esta discusión, incluso desde la bioética, con componentes valóricos. Sería interesante instalarlo, incluso, como garantía GES el tratamiento del dolor y el acompañamiento de los pacientes que están con cuadros de dolor insoportable no oncológico.

**--- La Presidenta del Comité de Ética del Colegio Médico, doctora Gladys Bórquez Estefó.** A su juicio, este tema debiera corresponder a un debate social y de los médicos en cuanto afecta su práctica profesional. Señaló que etimológicamente es buena muerte; búsqueda de la buena muerte como práctica medicalizada. Indicó que la eutanasia denota una crisis del modelo médico paternalista en una medicina muy tecnificada. Asimismo, hizo ver que existe confusión del concepto entre los profesionales, los ciudadanos y los medios de comunicación.

En cuanto a la iniciativa, puntualizó sus principales objetivos, siendo estos los siguientes: reforzar la autonomía de los pacientes en la ley N° 20.584; claridad en el rechazo de terapia y voluntades anticipadas; necesidad de asegurar acceso universal a los cuidados paliativos; aclarar lenguaje confuso en torno al concepto; y permitir que se den las condiciones de una ley de eutanasia.

Luego se centró en un par de conceptos como “dignidad humana” y “muerte digna”. En el primero, señaló que las concepciones sobre la vida, la muerte y las formas de morir han sido diversas a lo largo de la historia y permiten entender la pluralidad de visiones valóricas actuales. El concepto de dignidad humana fundamenta tanto la indisponibilidad de la vida como proceso natural que depende de Dios, como la que incluye la autonomía ante la muerte y la capacidad de autolegislar.

Muerte digna, dijo, es algo singular de cada uno. La identidad personal no es estática, sufre transformación, pero requiere una coherencia que llega hasta la muerte. Es acabar la vida de acuerdo a esa coherencia que une cuerpo, pensamiento, memoria, creencias y vivencia diaria con personas del entorno. Requiere acompañamiento respetuoso y amigable y la esperanza de tenerlo permite esperar el fin de la vida con paz y sufrimiento innecesario.

Qué son los cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud. Son "cuidados activos destinados a mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades avanzadas e incurables y a sus familiares, controlando los problemas asociados, previniendo y aliviando el sufrimiento a través de un oportuno y adecuado tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales". Su objetivo es aliviar el sufrimiento de los pacientes y mejorar su calidad de vida y pueden ser aplicados desde el principio de la enfermedad hasta el proceso de muerte.

Acto seguido exhibió un cuadro que contiene el modelo biopsicosocial de calidad de vida según los autores Drane y JL Coulehan.

| DIMENSIONES VITALES                        | CALIDAD DE VIDA   |
|--|---|
| <b>1. Biológica</b>                        |   |
| Somato sensorial<br>Fisiológica conductual | Placer, dolor , funcionalidad humana.<br>Funcionalidad física y sentimientos asociados.   |
| <b>2. Psicológica</b>                      |   |
| Cognitivo racional<br>Ético volitiva       | Vigilia, conciencia, curiosidad, introspección y sentimientos asociados.<br>Autonomía, independencia, actividad moral, elección, conciencia y sentimientos asociados. |
| <b>3. Social</b>                           |   |
| Social<br>Económica                        | Capacidad de relación , amor, cuidado y apoyo<br>Sentido de necesidades financieras para mantenimiento de la vida.  |

Hizo saber que los fines de la medicina según el Dr. D. Callahan son los siguientes: 1. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. 2. El alivio del dolor y sufrimiento causado por enfermedades. 3. El cuidado y curación de quienes padecen enfermedad, y el cuidado de los que no pueden ser curados. 4. Prevenir la muerte prematura y posibilitar una muerte en paz.

Otro concepto que es necesario precisar es, dijo, la *buena praxis médica*, que implica la toma de decisiones compartidas entre el médico, el paciente y la familia, con pleno respeto a la autonomía y los derechos de los pacientes en salud. Asimismo, el rechazo, limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico y la sedación paliativa.

Precisó, también, la noción de *rechazo de tratamiento*. Los pacientes pueden tomar las decisiones que estimen conveniente respecto a su cuerpo y su salud, salvo excepciones como peligro para la salud pública o emergencia vital, súbita e inesperada que no permita demoras en la decisión y sin constancia previa de preferencias del paciente. Añadió que la decisión de rechazo obviamente puede poner en serio peligro su salud o su vida.

Hizo presente algunos conceptos requeridos, tales como *limitación del esfuerzo terapéutico*, que consiste en retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el médico estima que en la situación concreta del paciente son inútiles o fútiles, ya que solo consiguen prolongar la vida biológica pero sin posibilidades de recuperación funcional con una calidad de vida mínima. Aclaró que es la enfermedad la que produce la muerte y no el actuar médico. Permite la muerte o no la impide, pero no la produce. No es en estricto rigor una eutanasia (pasiva), la *obstinación terapéutica*, pues si no se limita el esfuerzo terapéutico, se cae en obstinación o encarnizamiento terapéutico (distanasia), la *sedación paliativa*, que es la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas pertinaces que le causan sufrimiento. El *principio del doble efecto*, que no es eutanasia encubierta o criptotanasia, implica que una determinada actuación tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, pero como consecuencia del bien buscado se produce, además, de manera no buscada el negativo, la actuación es moralmente correcta y no es eutanasia indirecta. En cuanto a las *voluntades anticipadas*, denota la expresión de las preferencias y valores de la persona, que se recoge por escrito para ser conocido por los profesionales y cuidadores, que se

elabora con plenas facultades de la persona, para ser tenidos en consideración cuando la persona se encuentre en una situación en que no puede decidir y se nombra un representante legal.

*Concepto de eutanasia.* Hizo saber que son las acciones que producen la muerte de los pacientes de forma directa, causa-efecto única e inmediata. Se realiza a petición expresa, reiterada en el tiempo e informada de los pacientes en situación de capacidad, en un contexto de sufrimiento -dolor total- debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios como son los cuidados paliativos. Todo realizado por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa. Si en el contexto anterior el profesional se limita solo a proporcionar los medios imprescindibles para que sea el mismo quien se produzca la muerte, entonces estamos frente a un *suicidio médicamente asistido*, precisó. Añadió que la eutanasia es siempre voluntaria, de lo contrario sería homicidio, aunque se considere la compasión como atenuante. Además, es siempre directa y activa.

*Rol del médico en esta ecuación que termina en la eutanasia.* Reiteró que tiene que haber un médico que acepte la petición del enfermo; tiene que estar convencido que realmente está en sufrimiento intratable; tiene que aceptar que es insoportable; tiene que descartar afección psiquiátrica grave como causa de la petición; tiene que investigar y asegurar que es voluntario, a iniciativa suya y sin coerción del entorno; tiene que iniciar un proceso de deliberación clara con el paciente: diagnóstico, pronóstico y molestias, alternativas, incluidas cuidado paliativo, posibilidad de manejo de los síntomas, ingreso a un centro sanitario o socio sanitario, consecuencias de la decisión también para otros y comprensión de la información recibida; tiene que comprobar que el enfermo mantiene su decisión durante un tiempo prudente y que consta en un documento de voluntades anticipadas y tiene que pedir el parecer de un segundo médico interconsultor, el que no debe formar parte del equipo médico que ha asumido la petición; tiene que examinar al paciente y confirmar por sí solo el diagnóstico, pronóstico de terminalidad o intratabilidad del sufrimiento; tiene que insistir en informar alternativas que pueda haber y comprobar que realmente son rechazadas y tiene que calibrar la competencia del enfermo y la ausencia de influencias internas o externas.

De todo lo anterior, tiene que haber un adecuado registro, entendiendo por tal que todo esté documentado y consignado con transparencia para su análisis y juzgado como procedente o no, en ficha clínica o formularios especiales. Tiene que estar médicamente asistido y aplicado bajo control sanitario. Debe ser seguro, rápido y que no añada sufrimiento. Ningún profesional sanitario debe verse obligado a atender estas solicitudes y la sociedad debe garantizar mecanismos de supervisión y control.

Como conclusiones, las resumió y puntualizó como sigue:

- Ya que la muerte es inevitable, asumir los límites de la medicina y de los tratamientos.
- Investigar la realidad chilena respecto de dónde y cómo morimos, grado de dependencia, atención en domicilio u hogares.
- Organización y acceso universal a cuidados paliativos.
- Hacer los cambios legislativos necesarios en la actual ley de derechos y deberes de las personas en salud para incluir rechazo de terapia y voluntades anticipadas.
- Formular una ley de despenalización de la eutanasia que regule tanto los aspectos medico sanitarios como de supervisión y control.

Manifestó que, antes que nada, no debe hablarse de eutanasia pasiva para señalar las limitaciones del esfuerzo terapéutico, legítimas en la práctica médica, porque de lo contrario se produce una confusión en los términos y en las circunstancias. De esta manera, se evita crear la idea que dicha praxis médica hoy no se puede hacer, cuando sí es legítima y correcta, y va en concordancia con lo dispuesto en la ley que regula los deberes y derechos de las personas y dentro de la teoría general del consentimiento informado. Debe estar permitido el rechazo a continuar recibiendo tratamiento médico, aunque estima que está redactado –el proyecto de ley original- en términos ambiguos. Dice que se puede permitir el rechazo, salvo que se considere que eso acorte la vida. Evidentemente, dijo, el rechazo de tratamiento es denegación del mismo, es parte del consentimiento informado y obviamente alguien que rechaza puede morir, pero hoy día se entiende que un tratamiento médico no se hace sobre un paciente contra su voluntad.

Hoy existe consenso entre los bioeticistas en que determinadas cosas ya no se pueden hacer. El avance tecnológico hizo que la sociedad completa pensara que la muerte estaba superada y se empezó en ese uso y abuso de la tecnología que nos ha hecho caer en el encarnizamiento terapéutico y probablemente hoy día ocasiona aún mucho sufrimiento. El principio que debe primar es que cuando no se puede curar se debe cuidar y se debe aliviar el dolor y, también, ayudar a morir.

Insistió en dejar de lado el concepto de eutanasia pasiva, y utilizar solo el de eutanasia activa y directa, sin adjetivos, porque el resto ya se puede hacer hoy.

---- **La profesora de la Universidad de Valparaíso, señora Alejandra Zúñiga.** Señaló estar a favor de la iniciativa en estudio, porque este proyecto está vinculado con la ley de derechos y deberes de los pacientes. A su juicio, esta iniciativa no genera una conmoción bioética.

Comentó sobre algunos casos de eutanasia que llegaron a los tribunales de justicia, en los cuales los médicos fueron exculpados porque los jueces entendieron que el actuar de estos médicos se enmarcaba en un concepto más amplio que es de “buena muerte”.

A su vez, la actual normativa interna chilena permite la suspensión del tratamiento por parte y a instancia del paciente, salvo que éste no tenga capacidad de consentir. Entonces, por qué no permitir un acto directo que evite la agonía innecesaria de un paciente; a su juicio, moralmente es lo mismo, pero penalmente es diferente.

Luego, hizo alusión al principio de doble efecto o voluntario indirecto, afirmando que estos principios han sido aprobados por un estudio de la Universidad Católica de Chile.

Finalmente, manifestó la necesidad de llamar las cosas por su nombre y abogó porque las personas tengan la capacidad y libertad de decidir.

- --- **Dr. Fernando Novoa.** Manifestó estar de acuerdo con esta iniciativa legal atendido que, a su juicio, el ‘sufrimiento sin sentido’ no tiene justificación. Ello, por cuanto muchas veces, la persona termina falleciendo sola, en hospitales, rodeados de máquinas y de personas que no conoce. Indicó que así como las personas tienen la libertad para vivir, deben tener también la libertad para determinar cómo morir.

No obstante ello, solicitó a la Comisión que la legislación que se despache, lo haga con conceptos y términos claros, precisos y acotados.

\* \* \* \* \*

- En el **seno de la Comisión, hubo intercambio de opiniones.** En tal sentido, el diputado Mirosevic, uno de los autores de la moción, junto con agradecer la puesta en discusión de esta iniciativa legal, señaló que la idea principal del proyecto es reconocer la autonomía de las personas que tienen sufrimiento por enfermedades terminales, o que sin serlo, son insoportables, para decidir terminar con ese sufrimiento mediante una muerte digna. Agregó que es necesario legislar en la materia, aun cuando se plantee que se requiere, en primer lugar, legislar sobre cuidados paliativos para el dolor. Al respecto, concordó en la necesidad de legislar sobre cuidados paliativos, no acotándolos a las enfermedades oncológicas, tal como se solicitó mediante proyecto de resolución a S.E. el Presidente de la República, por cuanto los diputados no tienen iniciativa legislativa en la materia, pero ello no obstaba a avanzar en este tema. Hizo hincapié que no es cierto que esta iniciativa persiga deshacerse de adultos mayores, por cuanto es una decisión personalísima de cada paciente, y no de terceros, ni siquiera de los familiares o del equipo médico. Y por su parte, aclaró que el proyecto no permite que enfermos siquiátricos soliciten la eutanasia, por cuanto el solicitante debe estar en pleno uso de sus facultades mentales. Finalizó mencionando que el proyecto intenta dar respuesta a cómo en un Estado laico se reconoce la autonomía personal de quienes se encuentran en situación de sufrimiento extremo, sin perjuicio de ser mejorable durante su tramitación.

Otros diputados coincidieron con lo dicho por el autor del proyecto, y manifestaron que se trata de una legislación empática, pues no solo aborda la situación del paciente, sino que también la de su familia ante la enfermedad terminal que se enfrenta. En tal sentido, sin perjuicio que el proyecto manifiesta un respeto por la dignidad y la autonomía de todos los pacientes, sin atender a su condición económica, se estimó pertinente regular de forma adecuada aspectos tales como los cuidados paliativos –cuestión que los patrocinantes apoyan, pero entienden que es de iniciativa presidencial-, controles ex ante y ex post de esta prestación, pronunciarse sobre la objeción de conciencia, y especificar las referencias a las enfermedades mentales como supuestos de procedencia de la eutanasia.

Por otro lado, quienes manifestaron estar en desacuerdo con esta iniciativa legal, estimaron que quedaba en evidencia que acá se estaba interesado en legislar de una manera específica la materia, toda vez que al solicitarse la fusión con otros boletines se rechazó tal petición, atendido el contenido específico de esos otros boletines, y por ello era necesario pronunciarse no solo sobre la idea de legislar, sino sobre el contenido del proyecto. Recalaron que no se puede legislar en función de las encuestas, pues si bien la mayoría de la población podría estar de acuerdo con legislar en el tema, también lo estaría en reinstaurar la pena de muerte para ciertos delitos. En tal sentido, se observó que no se podía discutir este proyecto por separado de una regulación sobre cuidados paliativos, pues sólo cabe entender que se opta por la eutanasia como un ejercicio de autonomía, cuando se tiene la real posibilidad de elegir e, inclusive, se corre el riesgo de generar una política pública que eventualmente podrá ser ejercida mayoritariamente por personas de escasos recursos. Finalmente, hicieron presente la necesidad imperiosa de especificar claramente qué se entiende por enfermedad terminal y cuáles son las causales de procedencia, cómo dialoga esta legislación con la regulación ya contenida en

la ley de derechos y deberes del paciente en cuanto a la evitación de la prolongación artificial de la vida en caso de oposición, y explicitar que esta no es solo una regulación de la eutanasia, sino una despenalización del suicidio asistido.

- **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en las mociones (que se refundieron), y luego de recibir las explicaciones de los representantes del Ministerio de Salud y la opinión de especialistas relacionados con el tema, que permitieron a sus miembros formarse una idea sobre las implicancias, la incidencia real que tienen estas modificaciones propuestas, y la necesidad de legislar sobre la materia, tanto desde el ámbito de la salud pública, como desde la perspectiva de los derechos de las personas, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por la mayoría absoluta de los diputados presentes.**

**Atendido que son 4 los proyectos que fueron refundidos en uno solo, y que fueron refundidos luego de la aprobación general de cada uno de ellos, se procede a continuación a dejar constancia del resultado:**

**- Boletín 9.641-11, fue aprobado por mayoría de votos** (8 a favor, 4 en contra y 1 abstención).

Votaron a favor los diputados y diputadas Cariola, Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Mirosevic (en reemplazo de la diputada Mix), Rosas y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Leopoldo Pérez (en reemplazo del diputado (Andrés Celis), Gahona y Macaya.

Se abstuvo, la diputada Olivera.

**- Los boletines 7.736-11, 11.577-11 y 11.745-11 fueron aprobados por unanimidad** (8 votos a favor).

Votaron a favor los diputados y diputadas Cariola, Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Mix, Jenny Alvarez (en reemplazo del diputado Rosas) y Verdessi.

\*\*\*\*\*

#### **b) Discusión particular.**

En esta etapa de la tramitación, y atendido que los proyectos fueron refundidos (en virtud de lo dispuesto en el artículo 17 A de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional), se procedió a ordenar de una forma sistemática los temas y artículos que cada uno de los proyectos proponía regular. Será en ese orden en que se analizará la discusión particular en este capítulo.

#### **Artículo primero.-**

Tiene por objeto introducir modificaciones en la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en su atención en salud. Consta de cuatro numerales.

Numeral 1.-

El texto de la moción (refundida) propone agregar, en su artículo 5, la siguiente letra d):

“d) Respetar y hacer cumplir la voluntad del paciente, debidamente expresada en la forma y los casos que establece esta ley.”.

**Sin mayor debate, se aprobó por mayoría de votos** (6 a favor y 1 abstención).

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Mix, Rosas y Verdessi.

Se abstuvo el diputado Andrés Celis.

----- Se presentaron dos indicaciones:

1) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar, en el artículo 5 de la ley vigente, un literal e) del siguiente tenor:

“e) En el caso de aquellos pacientes que se encuentren en un estado terminal, a recibir los cuidados paliativos tendientes a disminuir los dolores propios de su enfermedad.”.

Se hizo presente por algunos diputados que su contenido ya se encuentra regulado en el ámbito de las garantías explícitas en salud, por lo que resultaría redundante y, en tal sentido, convendría su rechazo.

Otros, en cambio, estimaron que aun cuando fuese reiterativa, salvo que produjese algún efecto perjudicial, era pertinente aprobar la indicación para dar cuenta del interés de la Comisión en avanzar en los cuidados paliativos.

Avanzando en la última postura, se planteó la conveniencia de incorporar en la legislación la necesidad de otorgar cuidados paliativos de modo general, teniendo presente que en la actualidad solo tienen prestaciones garantizadas en materia de cuidados quienes padecen algún tipo de cáncer.

Fruto del debate ocurrido se ingresó la siguiente indicación:

2) De los diputados Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Mix y Rosas. Para agregar en el literal a) que modifica el artículo 5°, un nuevo literal e) del siguiente tenor:

“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.”.

Sometidas a votación ambas **indicaciones, la signada con el numero 1) se rechazó por unanimidad** (7 votos en contra).

Votaron las diputadas y diputados Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Mix, Rosas y Verdessi.

**La signada con el numero 2) se aprobó por unanimidad** (7 votos a favor). Votaron las diputadas y diputados Castro, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Mix, Rosas y Verdessi.

Numeral 2.-

Propone introducir las siguientes dos modificaciones en el artículo 14 de la ley vigente:

a) En el inciso primero, sustituir la expresión: 'con las limitaciones establecidas en el artículo 16', por la siguiente: 'cumpliendo con los requisitos que esta ley establece'.

b) Eliminar el inciso tercero del artículo.

Sobre este numeral, los diputados asistentes señalaron que las modificaciones propuestas son meramente adecuatorias a los objetivos que se discutirán más adelante en el proyecto de ley.

**Sometido a votación el numeral 2.a), se aprobó por mayoría de votos** (6 a favor y 1 abstención).

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Mix, Rosas y Verdessi.

Se abstuvo el diputado Andrés Celis.

**Sometido a votación el numeral 2.b), se aprobó por mayoría de votos** (5 a favor, 2 en contra).

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Mix y Rosas. Votaron en contra los diputados Andrés Celis y Verdessi.

#### Numeral 3.-

Propone introducir dos modificaciones en el artículo 16 de la ley vigente:

a) Eliminar la siguiente frase del inciso primero: 'En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte'.

b) Agregar la siguiente frase, luego del punto final del inciso cuarto: 'Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 A'.

**Se aprobó por mayoría de votos** (5 a favor y 2 en contra).

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Mix y Rosas. Votaron en contra los diputados Andrés Celis y Verdessi.

---- Se presentó la siguiente indicación, de los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para reemplazar en el artículo 16 la expresión: 'En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte', por la siguiente: 'Lo anterior, sin perjuicio que un tratamiento no puede tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte'.

**Sometida a votación esta indicación, se rechazó por mayoría de votos** (2 a favor y 6 en contra).

Votaron a favor los diputados Andrés Celis y Verdessi.

Votaron en contra las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Mix y Rosas.

#### Numeral 4.-

Mediante este numeral se propone incorporar, en el párrafo 6, un &3, pasando el actual &3 a ser &4, proponiendo su epígrafe, y el contenido del mismo, que

comprende los artículos 16 A a 16 F, los cuales, mediante diversas indicaciones pasaron a ser 16 A a 16 I.

El texto de la moción es el siguiente:

'& 3. Del derecho a no padecer dolores o sufrimientos indeseados, evitar la prolongación artificial de la vida y a solicitar que se le provoque directamente la muerte'.

----- Se presentaron dos indicaciones:

1) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el encabezado contenido en el & 3 del párrafo 6 del título II de la ley 20.584, pasando el &3 vigente a ser &4 y así sucesivamente, por el siguiente:

“& 3. Del derecho a solicitar la asistencia médica para morir.”.

En cuanto a la indicación, se hizo presente por sus patrocinantes que revisada la literatura internacional, la forma más razonable para referirse al objeto del proyecto de ley es 'asistencia médica para morir', frase que se corresponde con la usada en la mayor parte del resto del mundo. En tal sentido, de acogerse ese concepto, sería pertinente usarlo de la misma manera en el resto del proyecto de ley.

A su vez, se observó por algunos diputados que la redacción propuesta en la indicación obviaba lo relativo a los cuidados paliativos, aspecto que debe ser reforzado en esta iniciativa, e ir unido a lo relativo a la asistencia médica para morir.

2) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Jarpa, Mirosevic, Mix, Rosas y Verdessi, para reemplazar el encabezado contenido en el & 3 del párrafo 6 del título II de la ley 20.584, pasando el &3 vigente a ser &4 y así sucesivamente, por el siguiente: '& 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'.

Esta redacción fue fruto del debate habido en la Comisión.

**Se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 1 en contra).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Mix, Rosas y Verdessi.

Voto en contra el diputado Andrés Celis.

**Como consecuencia de lo anterior, se entendió reglamentariamente rechazada la indicación 1), y el texto propuesto en la moción.**

Artículo 16 A.-

El texto de la moción consta de cuatro incisos y dispone, en su inciso primero, que aquella persona que ha sido diagnosticada en un estado de salud terminal o bien en un estado de sufrimiento físico y/o psíquico constante e insoportable, que no pueda ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas y que resulta de una patología, lesión o condición incurable, tiene derecho a decidir y solicitar, de acuerdo con los requisitos y formas establecidas en la ley, no padecer dolores o sufrimientos innecesarios y a evitar la prolongación artificial de su vida.

Mediante su inciso segundo se señala que dicha decisión es personal e indelegable. El inciso tercero contempla los requisitos copulativos que se deben cumplir para hacer uso de este derecho. Y, finalmente, mediante el inciso cuarto, se autoriza al médico para no iniciar o para suspender un tratamiento que conduzca a mantener artificialmente la vida o para provocar directamente la muerte de una persona mediante la aplicación de sustancias que impliquen dicho fin.

----- Se presentaron veintinueve indicaciones a este artículo.

1) De las diputadas y diputados Bernal, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix para sustituir el inciso primero del artículo 16 A por el siguiente:

'Solamente aquel que ha sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable, tiene derecho a decidir y solicitar, de acuerdo con los requisitos y formas establecidas en la ley, asistencia médica para morir.'

Sobre esta indicación, se destacó que su objeto es hacer hincapié en relación a las terceras personas que eventualmente podrían intervenir en el tema de la eutanasia, pues existe un concepto equivocado en cuanto a que la eutanasia la pueden solicitar parientes o familiares, cuando ello no es así, pues la eutanasia es algo personal, solo la persona a quien se aplica puede solicitarla, y no en cualquier circunstancia.

**Sometida a votación la indicación, fue aprobada por mayoría de votos (7 a favor, 5 en contra y 1 abstención).**

Votaron a favor los diputados y diputadas Cariola, Castro, Ricardo Celis, Crispi, Mirosevic, Rosas y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis, Durán, Gahona y Macaya.

Se abstuvo la diputada Olivera.

2) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para reemplazar el inciso primero del artículo 16 A, por el siguiente:

'Aquella persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad o condición incurable, progresiva y potencialmente terminal, que le cause un padecimiento físico constante, insoportable y que no pueda ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas, tiene derecho a decidir y solicitar, de acuerdo con los requisitos y formas establecidas en la ley, no padecer dolores o sufrimientos indeseados, evitar la prolongación artificial de su vida y solicitar que se le provoque directamente la muerte.'

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

3) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para modificar el inciso primero propuesto, en el siguiente sentido:

a) Para reemplazar la expresión: "o bien" por la siguiente: "y".

b) Para reemplazar la expresión "apaciguado", por: "controlado".

c) Para reemplazar la expresión: "y a evitar la prolongación artificial de su vida", por una del siguiente tenor: "y a rechazar tratamientos médicos, aun cuando producto de ello devenga la muerte de la persona".

d) Para agregar la siguiente frase final: "El médico tratante deberá siempre garantizar la aplicación de cuidados paliativos del paciente".

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

4) Del diputado Crispi, para sustituir, en el inciso primero, la frase "derecho a decidir y solicitar," por la siguiente: "derecho a decidir, solicitar y acceder,".

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

5) Del diputado Crispi, para sustituir, en el inciso primero, la frase “no padecer dolores o sufrimientos innecesarios y a evitar la prolongación artificial de su vida”, por la siguiente: “a la muerte médicamente asistida, ya sea eutanasia o suicidio médicamente asistido”.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

6) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Ibáñez, Mirosevic, Rosas y Torres para sustituir el inciso segundo por el siguiente:

“Una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando:

1.- Ha sido diagnosticada de una enfermedad terminal, o

2.- Cuando cumple las siguientes condiciones copulativamente:

a) Tiene una enfermedad o dolencia seria e incurable.

b) Su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades.

c) Su enfermedad, dolencia o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos persistentes e intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables.”.

Los autores de esta indicación destacaron que se hace cargo de las discrepancias ocurridas en la discusión de este tema, y que mejora la redacción en cuanto a la procedencia de la eutanasia y, de hecho, acota la amplitud del texto contenido en otra indicación.

A su vez, quienes se opusieron a ella señalaron que, a su juicio, se producía un cambio de eje en la discusión, pues se entendían que se había planteado que la eutanasia estaría restringida a causales muy limitadas, como en las experiencias comparadas, pero acá se plantea que sea para casos de enfermedades terminales, tales como el cáncer, o incurables, para que resulte procedente.

Finalmente, se destacó por ambas posturas que no todos los cánceres son enfermedades terminales, ni que toda enfermedad incurable es terminal, por lo que ganaría en precisión la discusión si se abordase una definición legal de enfermedad terminal, a fin de evitar equívocos interpretativos al momento de aplicarse la ley.

**Sometida a votación, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 5 en contra).**<sup>5</sup>

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Durán, Ibáñez, Labra, Mirósevic, Rosas y Torres.

Votaron en contra las diputadas y diputados Bellolio, Andrés Celis, Macaya, Olivera y Van Rysselbergue.

7) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el inciso segundo por el siguiente:

‘Una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando, a la vez:

a) Tiene una enfermedad, dolencia o minusvalía seria e incurable.

b) Su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades;

<sup>5</sup> Los diputados Bellolio y Andrés Celis hicieron reserva de constitucionalidad, pues estimaron que la indicación aprobada infringe el artículo 19 N°1 de la Constitución Política de la República.

c) Su enfermedad, dolencia o minusvalía o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimiento físico persistente que considera intolerable y que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables.

d) Su muerte natural es el desarrollo razonablemente previsible, tomando en cuenta todas sus circunstancias médicas.’.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

8) De las diputadas y diputados Bernal, Ricardo Celis, Fernández, Ibáñez, Mirosevic, Rosas, Torres, para sustituir el inciso tercero por el siguiente:

“El sufrimiento persistente, intolerable y que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptable, causado por enfermedad, dolencia o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades, también podrá ser de naturaleza psíquica.’.

Los autores de esta indicación señalaron que su objetivo es incluir las enfermedades síquicas, como habilitantes para la procedencia de la eutanasia. En tal sentido, habida consideración que algunos diputados habían planteado que podrían apoyar los supuestos de dolor causado por enfermedades físicas, pero no síquicas, se prefirió ingresar por separado ambos supuestos.

Con todo, destacaron que no se trata que una persona tenga una enfermedad de naturaleza síquica para que proceda la eutanasia, pues el médico respectivo debe garantizar que la persona está en condiciones de salud mental para poder tomar esa decisión. Así, acá se habla de enfermedades que pueden generar sufrimiento síquico, por lo que las depresiones no entran, pues son curables o tratables, los alzheimer están excluidos, etc.

Finalmente, hicieron presente que no hay legislación en el mundo que divida el sufrimiento físico y síquico, todos los que tienen eutanasia, regulan el sufrimiento a secas, ya sea incorporando a ambos, o hacen una mención como causales a lo físico y lo síquico, pues al final de cuentas, dichos sufrimientos son inseparables.

Por su parte, quienes se opusieron a la indicación señalaron que la intención manifestada para justificarla, no se condice con el texto efectivamente propuesto. Así, esta redacción permitirá que en el transcurso de los años las barreras que se persigue colocar para acotar la procedencia de la eutanasia sean superadas fácilmente, pues si resulta que desde un punto de vista de autonomía individual, resulta correcto aseverar que una persona está mejor muerta que viva, entonces por qué es tan importante que esa persona diga o verbalice tal requerimiento, y ese aspecto de manifestación de voluntad será superado. En tal sentido, se agregó, esta indicación no asume los problemas y las discusiones ocurridas en las legislaciones comparadas, bastando una única manifestación de voluntad para hacer procedente la eutanasia, mientras que en sistemas comparados requieren reiteración de peticiones en el tiempo para entender que la petición está arraigada en quien solicita la eutanasia, requerimiento razonable pues no se puede asumir, desde un punto de vista liberal, que una persona bajo sufrimiento toma decisiones libres. Por ello, debe requerirse más de una petición, y durante un tiempo razonable.

**Sometida a votación, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 5 en contra).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Durán, Ibáñez, Labra, Mirósevic, Rosas y Torres.

Votaron en contra las diputadas y diputados Bellolio, Andrés Celis, Macaya, Olivera y Van Rysselbergue.

9) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para eliminar el inciso tercero.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

10) De las diputadas y diputados Bernal, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix. Sustitúyase el inciso tercero por el siguiente:

“El sufrimiento persistente, intolerable y que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptable, causado por enfermedad, dolencia, minusvalía o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades, también podrá ser de naturaleza psíquica.”.

Si bien esta indicación se entendía rechazada reglamentariamente por ser incompatible con lo ya aprobado, se solicitó votación expresa. En tal sentido,  **sometida a votación, se rechazó por unanimidad de los diputados presentes (13 votos).**

11) Del diputado Romero, para reemplazar íntegramente la letra a) del nuevo artículo 16 A, por la siguiente:

‘a) Haber sido diagnosticada con una enfermedad terminal y condición incurable, progresiva y eventualmente letal. Una vez verificados la condición de enfermedad terminal los pacientes podrá optar a una ayuda de acompañamiento financiero con el fin de apoyarlos en el retiro de pensión fija y reajustada de acuerdo al valor de la UF, dándoles apoyo integral económico psicológico social y espiritual.’.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

12) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba, para reemplazar íntegramente la letra a) del nuevo artículo 16 por la siguiente:

‘a) Haber sido diagnosticada con una enfermedad o condición incurable, progresiva y potencialmente terminal, que le cause un padecimiento físico constante, insoportable y que no pueda ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas.’.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

13) De la diputada Jiles, para incorporar, en el artículo 16 A, una nueva letra c) del siguiente tenor, pasando la actual letra c) a ser d) y así sucesivamente.

‘c) Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los doce y los dieciocho años, al que le afecten algunas de las hipótesis contempladas en el Art. 16 A, podrá el médico atender una petición del paciente de no padecer dolores o sufrimientos innecesarios y evitar la prolongación artificial de su vida, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza la patria potestad o la persona que tenga el cuidado personal del niño, niña o adolescente, haya autorizado la decisión, manifestando conjuntamente con el niño, niña o adolescente su voluntad de acuerdo al artículo 16 D.’.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

14) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para agregar una nueva letra e) al nuevo artículo 16 A que se introduce a la ley número 20.584, del siguiente tenor:

'e) Contar con la opinión favorable del Comité de Ética del establecimiento médico en donde se haya solicitado ejercer este derecho o quien lleve a cabo sus funciones de conformidad al inciso primero del artículo 17 de esta ley. Dicho pronunciamiento tendrá el carácter de vinculante, sin perjuicio de las acciones que se puedan ejercer a su respecto en el caso de que la opinión favorable haya sido arbitrariamente denegada.'

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

15) Del diputado Crispi, para agregar una nueva letra e) del siguiente tenor:

'e) Encontrarse en cuidados paliativos al momento de la solicitud o haberse sometido a estos. Dichos cuidados deben ser considerados adecuados, conforme se estipula en el artículo 16, por los dos médicos competentes a los que se refiere la letra a) del presente artículo.'

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

16) De las diputadas y diputados Bernal, Ricardo Celis, Fernández, Ibáñez, Mirosevic, Rosas Torres, para sustituir el inciso cuarto por el siguiente:

"Por asistencia médica para morir se entiende la administración realizada por un profesional de la salud, siempre indicada por orden y supervisión médica, de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte."

Sobre esta indicación, se cuestionó si acaso con ello se abre la posibilidad del suicidio asistido o si, en cambio, permite la actuación del personal no médico en la materia, pues es sabido que el suicidio asistido no requiere realizarse en establecimientos médicos.

Al respecto, se hizo presente que el objetivo de la indicación es permitir la actuación del personal no médico, toda vez que no son los médicos sino las enfermeras u otras personas quienes hacen los preparados, sin perjuicio que los mismos se realizan por instrucción y bajo supervisión médica. En tal sentido, la responsabilidad siempre debe ser del médico, sobre todo porque a pesar de las indicaciones y los protocolos, nada obsta a que el procedimiento no logre su objetivo, y debe quedar claro en la legislación que el responsable del procedimiento es el médico, y no quien efectivamente ejecuta la instrucción dada por él.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 5 en contra).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mix, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona, Luck y Sanhueza.

17) De las diputadas y diputados Bernal, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el inciso cuarto por el siguiente:

"Por asistencia médica para morir se entiende la administración por un médico de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte."

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

18) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya para reemplazar, en el inciso cuarto, la expresión: “o para”, por la siguiente: “pero nunca para”.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

19) Del diputado Crispi. Para sustituir, en su inciso final, la frase “para provocar directamente la muerte a la persona” por la siguiente: “o para provocar la muerte médicamente asistida”.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

20) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para agregar el siguiente inciso quinto

“Asimismo, se entenderá que la asistencia médica para morir puede comprender la prescripción o dispensación por parte de un médico de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que ésta se la pueda autoadministrar causando su propia muerte, siempre bajo supervisión médica al momento de dicha administración.”.

Sobre esta indicación, se hizo presente que en el suicidio asistido ocurre la mayor tasa de fracaso de los procedimientos, no así en los procedimientos de eutanasia. Asimismo, que existe literatura médica que da cuenta que no es extraño que la persona que solicita el suicidio asistido se arrepienta y no consume el fármaco prescrito, pero que el fármaco en cuestión termine en manos de quienes no estaban autorizados para su consumo, lo que genera una suerte de mercado negro de ese tipo de fármacos, y sobre esa situación, el proyecto no se pronuncia.

Por esos motivos, se consideró indispensable contemplar expresamente en la norma la exigencia de supervisión médica en el acto mismo.

**Sometida a votación, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor, 5 en contra y 1 abstención).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mix y Rosas.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona, Luck y Sanhueza.

Se abstuvo el diputado Torres.

21) De las diputadas y diputados Crispi, Labra, Mirosevic, Mix, Rosas y Torres, para agregar el siguiente inciso sexto:

“Se entenderá por enfermedad terminal aquella condición en la que una persona presenta una enfermedad incurable, irreversible y progresiva, sin posibilidades de respuesta a los tratamientos curativos y con un pronóstico de vida limitado.”.

En relación a esta indicación, se hizo presente que se trata de una propuesta similar a la contenida en otro proyecto, iniciado en mensaje presidencial -sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas con enfermedades terminales, y el buen morir (boletín 12.507-11)-. Se hizo hincapié que las enfermedades crónicas no quedan comprendidas en esta definición, toda vez que los requisitos

contenidos en la misma deben cumplirse copulativamente, y las enfermedades crónicas, en general, carecen del requisito de pronóstico de vida limitado.

**Sometida a votación, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor, 4 en contra, 1 abstención).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mix, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Andrés Celis, Gahona, Luck y Sanhueza.

Se abstuvo el diputado Bellolio.

Artículo 16 B.-

El texto de la moción propone que los médicos a que se refiere la letra a) del artículo 16 A deben ser especialistas respecto de la patología que, debidamente diagnosticada, habilita a ejercer este derecho.

---- Se presentaron cinco indicaciones.

1) Del diputado Mirosevic, para sustituir el artículo 16B por el siguiente:

“Artículo 16B: Para solicitar la asistencia médica para la muerte es necesario cumplir con los siguientes requisitos copulativos:

a) haber sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable conforme a lo dispuesto en el artículo 16 A por dos médicos especialistas en la enfermedad o dolencia que motiva la solicitud.

b) Ser mayor de 18 años.

c) Encontrarse consciente al momento de la solicitud. En caso que el paciente se encuentre inconsciente y dicho estado sea irreversible, procederá la asistencia médica para morir sólo en el caso de que medie una declaración anticipada o testamento vital.

d) Contar con la certificación de un médico psiquiatra o un médico especializado en medicina familiar que señale que al momento de la solicitud el solicitante se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, descartando enfermedades de salud mental que afecten la voluntad del paciente.

e) Manifestar su voluntad de manera expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre de cualquier presión externa.”.

Sobre esta indicación, se hizo presente que se incluye a los médicos de medicina familiar, pues ellos están habilitados para otorgar prestaciones de salud mental en el sistema GES. A su vez, se destacó que el pleno uso de las facultades mentales no se acota a que el sujeto no se encuentra interdicto, sino que no se encuentra en un estado mental de tales características que pueda entenderse alterada su voluntad, tales como encontrarse bajo ideación suicida.

En cuanto al último punto, sobre que la voluntad no debe estar alterada, se observó, por algunos diputados, que si ello resulta procedente en esta indicación, con mayor razón resultaba procedente cuando la persona está sufriendo, pues no es plausible sostener que la voluntad del solicitante del procedimiento se encuentra libre si actúa bajo sufrimiento, que puede entenderse similar a la situación de quien actúa bajo tortura. Por su parte, se destacó que la indicación no desarrolla latamente qué significa que la voluntad se manifieste de modo reiterado en el tiempo, cuestión diferente a manifestar una voluntad repetidas veces en la misma ocasión, lo que es relevante para el momento de ejecutar esta ley en casos concretos, y que se encuentra más desarrollado en las experiencias comparadas en el tema.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos** (8 a favor y 5 en contra), a excepción de una modificación acordada para el literal c).

Votaron a favor las diputadas y diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mix, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona, Luck y Sanhueza.

**Por unanimidad, en el literal c), se acordó** reemplazar la frase 'irreversible, procederá', por 'irreversible o esté privado de sus facultades mentales, procederá'. Esta modificación, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 1 en contra). Votaron a favor los diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Rosas y Verdessi. Votó en contra, el diputado Bellolio.

2) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para agregar una nueva letra e) al nuevo artículo 16 A que se introduce a la ley número 20.584, del siguiente tenor:

'e) Contar con la opinión favorable del Comité de Ética del establecimiento médico en donde se haya solicitado ejercer este derecho o quien lleve a cabo sus funciones de conformidad al inciso primero del artículo 17 de esta ley. Dicho pronunciamiento tendrá el carácter de vinculante, sin perjuicio de las acciones que se puedan ejercer a su respecto en el caso de que la opinión favorable haya sido arbitrariamente denegada.'

Hubo intercambio de opiniones sobre este tema, y se señaló que el informe de la Comisión de Ética fuese vinculante, pues la decisión sobre el procedimiento debía quedar siempre a la voluntad del paciente. En tal sentido, si bien la propia ley 20.584, sobre derechos del paciente, ya contempla la intervención de tales Comité, sus decisiones no resultan vinculantes.

**Sometida a votación, se rechazó por mayoría de votos** (6 a favor y 7 en contra).

Votaron a favor las diputadas y diputados Bellolio, Andrés Celis, Durán, Gahona, Luck y Sanhueza.

Votaron en contra los diputados Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Labra, Mix, Rosas y Torres.

3) Del diputado Bellolio, para agregar una letra e) nueva, del siguiente tenor:

'e) Encontrarse en cuidados paliativos al momento de la solicitud o haberse sometido a estos. Dichos cuidados deben ser considerados adecuados, conforme se estipula en el artículo 16, por los dos médicos competentes a los que se refiere la letra a) del presente artículo.'

Se señaló que no puede olvidarse que los tratamientos médicos son un derecho del paciente, quien puede decidir no someterse a ellos y, en tal sentido, no puede condicionarse el acceder al procedimiento de eutanasia, al hecho de someterse a procedimientos de cuidados paliativos. Se agregó que, atendida la entidad de la materia en discusión, debería requerirse haber pasado por procedimientos de cuidados paliativos, a fin que si el sujeto a pesar de ellos quiere insistir en la eutanasia, ella resulte procedente. Lo anterior, pues no se entendería que en la vida cotidiana, las personas hagan lo posible por evitar que los sujetos se suiciden, por ejemplo, evitando que se

arrojen a las líneas del metro, pero acá no se intente evitar, a través de los cuidados paliativos, la misma situación.

**Sometida a votación, se rechazó por mayoría de votos** (5 a favor y 7 en contra).

Votaron a favor las diputadas y diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona, Luck y Sanhueza.

Votaron en contra los diputados Ricardo Celis, Crispi, Ibáñez, Labra, Mix, Rosas y Torres.

4) De las diputadas y diputados Bernaldes, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix para sustituir el artículo 16 B del proyecto de ley por el siguiente:

‘Artículo 16 B: Para solicitar la asistencia médica para la muerte es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

a) Haber sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable conforme a lo dispuesto en el artículo 16 A por dos médicos especialistas en la enfermedad, dolencia o minusvalía que motiva la solicitud.

b) Ser mayor de 18 años.

c) Encontrarse consciente y capaz al momento de la solicitud. En caso que el paciente se encuentre inconsciente y dicho estado sea irreversible, procederá la asistencia médica para morir sólo en el caso de que medie una declaración anticipada o testamento vital.

d) Manifestar su voluntad de manera expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre de cualquier presión externa

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

5) Del diputado Crispi. En el artículo 16B, agréguese a continuación del punto aparte, la siguiente frase:

“El médico competente, al que se refiere el octavo inciso del artículo 16 A, deberá ser capacitado en la presente ley de acuerdo a los criterios que establecerá un reglamento dictado por el Ministerio de Salud para estos efectos”.

**Se entendió rechazada reglamentariamente, por ser incompatible con lo ya aprobado.**

*Artículo nuevo (que pasa a ser 16 C).-*

--- Se presentó una indicación, de los diputados Mirosevic y Ricardo Celis, para incorporar a continuación del artículo 16 B, un artículo nuevo, del siguiente tenor:

“Si el paciente es mayor de 14 años pero menor de 16 años será necesario contar con la autorización de su representante legal o de sus representantes legales, si tuviere más de uno. A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si éste no es habido, el paciente podrá solicitar la intervención del juez con competencia en materia de familia del lugar en donde se encuentra el paciente para que constate los requisitos legales de procedencia de asistencia médica para morir. Si el paciente es mayor de 16 años pero menor de 18, el médico tendrá la obligación de informar a sus representantes legales, pero la solicitud tomará su curso prescindiendo de cualquier consentimiento ajeno a la voluntad del mismo paciente.”.

Al respecto, se señaló por quienes apoyan la indicación, que la misma persigue dar cuenta de situaciones conocidas en el país, donde menores de edad han muerto esperando la posibilidad de acceder a procedimientos de eutanasia, a fin de terminar con los dolores que padecían.

En tal sentido, esta regulación persigue, al igual que en otros países, permitir el acceso a la eutanasia por parte de menores de edad, distinguiendo diversos tramos etáreos al efecto, en el entendido de un desarrollo autónomo progresivo en cada persona. La decisión de distinguir entre mayor y menor de 14 años, tiene presente que diversas leyes aprobadas por el Congreso Nacional, tales como la de responsabilidad penal juvenil, de identidad de género o de interrupción del embarazo en tres causales, tienen dicha edad como hito para la procedencia de esa legislación, ya sea total o parcialmente.

Con todo, para la procedencia de la prestación, se deben cumplir los mismos requisitos que para el caso de los adultos, dispuestos en artículos previos, y la situación del estado de capacidad mental debe ser, tratándose de menores de edad, tanto en el menor de edad como del tercero que interviene para fines de consentimiento. Además, en la práctica, este tipo de prestaciones siempre serán consensuadas con los representantes legales, tal como ocurre hoy tratándose de eutanasias pasivas con pacientes en estado de coma.

Sobre el particular, se observó por quienes se opusieron a la indicación, que la situación de los menores de edad que han sido conocidas en el país, debiese ser tratado con cautela, respeto, y no para fines legislativos. Sobre todo, porque esos casos dan cuenta, más que de la necesidad de legislar sobre eutanasia, de la indignidad en que viven muchos pacientes en el país, por lo que debería antes de avanzar en eutanasia, instar por una adecuada legislación en materia de cuidados paliativos.

En cuanto al hito de los 14 años, la legislación distingue la situación de los menores de edad precisamente porque hacia ellos existen deberes de protección, atendido que no son completamente maduros y, en tal sentido, no se les hace completamente responsables de sus actos.

Con todo, en esta propuesta eso se quiebra, pues resulta indiferente para efectos de acceder a la prestación el tener 16 o 18 años, pues no hay voluntades de terceros, típicamente los padres o los representantes legales, que necesariamente deban estar de acuerdo para que la prestación se otorgue. Así, por ejemplo, mientras en el caso de identidad de género se requiere consentimiento de los padres y autorización del juez, acá basta la autorización judicial, a pesar de la negativa de los padres. Así, el sistema legal se vuelve contradictorio, pues en situaciones donde la decisión puede revertirse, la cantidad de voluntades que deben consentir es mayor que tratándose de situaciones irreversibles, como el acceder a la eutanasia.

Finalmente, se hizo presente que el Comité de Derechos del Niño, en 2015 instó a Holanda, país que permite la eutanasia en menores de edad, a transparentar las cifras y aumentar la vigilancia en la materia, velar por el estado psicológico de quienes solicitan la eutanasia e, incluso, a abolir la posibilidad de aplicar la eutanasia en menores de edad.

Sobre el particular, el asesor del Ejecutivo, señor Acosta, señaló que es importante dejar claro que es frustrante que la respuesta del Estado ante este tipo de situaciones, de niños que sufren dolor, sea que accedan a la eutanasia como la mejor solución. En tal sentido, se trataría de un fracaso de la medicina en cuanto a la aplicación de cuidados paliativos por parte del Estado.

**Sometida a votación, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor y 6 en contra).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Castro, Ricardo Celis, Durán, Labra, Mix, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona, Macaya, Olivera y Verdessi.

Artículo 16 D.-

El texto de la moción señala que para ejercer el derecho establecido en el artículo 16 A la voluntad del paciente debe ser expresa e inequívoca. Además, esta voluntad deberá manifestarse a lo menos ante dos testigos y un ministro de fe, quien deberá levantar acta escrita de la misma. Ninguno de los testigos podrá tener un interés patrimonial en la muerte del declarante. El ministro de fe podrá ser un notario o un oficial del registro civil, cuando así procediere. Además, esta solicitud debe expresar la fecha de la declaración y ser firmado por el declarante, los testigos, el ministro de fe y, en caso de haberlos, por la o las personas de confianza que señalare el declarante.

En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario, podrá oficiar de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subrogue, sin perjuicio de requerirse, de todas maneras, la presencia y comparecencia de dos testigos sin interés patrimonial en el fallecimiento del declarante. El cónyuge, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente, si los hubiere, así como cualquier otra persona que este designe, deberán ser oportunamente notificados de la expresión de voluntad por el director o quien lo subrogue.

La voluntad manifestada por medio de un testamento se regirá según lo dispuesto en el Título Tercero del Libro Tercero del Código Civil.

----- Se presentaron siete indicaciones.

1) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el artículo 16 D por el siguiente:

“Artículo 16 D: Para ejercer el derecho establecido en el artículo 16 A la voluntad del paciente deberá expresarse por escrito. Solamente cuando el paciente se encuentre imposibilitado de manifestarse por este medio podrá hacerlo verbalmente o mediante otra forma de manifestación de voluntad que permita comunicar de manera inequívoca y reiterada la voluntad, pero siempre deberá quedar constancia de esta por escrito.

Además, dicha voluntad deberá manifestarse a lo menos ante dos testigos y un ministro de fe, quien deberá levantar acta escrita de la misma. Ninguno de los testigos podrá tener un interés patrimonial en la muerte del declarante. El Ministro de fe podrá ser un notario o un oficial del registro civil, cuando así procediere. Dicha solicitud debe expresar la fecha de la declaración y debe ser firmada por el declarante, los testigos, el ministro de fe y, en caso de haberlos, por la o las personas de confianza que señala el declarante.

En caso que el paciente se encuentre internado en un recinto hospitalario, podrá oficiar de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subrogue, sin perjuicio de requerirse, de todas maneras, la presencia y comparecencia de dos testigos sin interés patrimonial en el fallecimiento del declarante. El cónyuge, conviviente civil, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente, si los hubiere, así como cualquier otra persona que este designe, deberán ser oportunamente informados de la expresión de voluntad por el Director o quien lo subrogue.

La voluntad manifestada por medio de un testamento se regirá según lo dispuesto en el Título Tercero del Libro Tercero del Código Civil y lo dispuesto en los artículos 16 J y siguientes de la presente ley.”.

Quienes apoyan la indicación señalaron que con su redacción se resguarda de mejor manera la voluntad del solicitante, incluso más allá de la regulación vigente en materia de consentimiento informado. Lo anterior, pues si lo que prima en el proyecto es la voluntad del paciente, ella no puede quedar condicionada a la voluntad del médico.

Por su parte, quienes se manifestaron contrarios a la misma, observaron que no se contempla una etapa de revisión ex ante, y no se contempla una posibilidad que sí está presente en los sistemas comparados, en que el médico tratante puede oponerse a la prestación por razones médicas, diversas a la objeción de conciencia, tales como ideas de pertinencia u oportunidad. Además, al no contemplar la posibilidad de acudir a comités de ética para que se resuelvan los casos dudosos o controversiales, se deja al médico como mero intermediario en esta situación.

En tal sentido, esta redacción obliga, sí o sí, al médico a ejecutar la prestación, donde la única manera de oponerse sería mediante objeción de conciencia, y se insiste en la idea implícita de que las personas se encuentran mejor muertas que vivas, cuestión que contradice lo que las personas en sociedad hacen todos los días, que es evitar que las personas se suiciden.

**Sometida a votación la indicación, fue aprobada por mayoría de votos** (9 a favor y 2 en contra).

Votaron a favor los diputados Ricardo Celis, Torres (en reemplazo del diputado Crispi), Durán, Gahona, Mix (en reemplazo del diputado Ibáñez), Labra, Olivera, Rosas y Verdessi.

Votaron en contra los diputados los diputados Bellolio y Andrés Celis.

Cabe hacer mención que en esta indicación, y **según lo acordado unánimemente por la Comisión**, en que se acordó desligar el documento de voluntad anticipada, de los testamentos, de debe eliminar el último inciso (que se reenviaba a las normas de los testamentos).

2) Del diputado Crispi, para intercalar en el artículo 16 D, entre la palabra “expresa” y la frase “e inequívoca”, la siguiente: “reiterada”.

3) De la diputada Jiles, para agregar en el inciso segundo del artículo 16D, a continuación de la palabra cónyuge, la expresión “, conviviente civil,”.

4) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para reemplazar en el inciso segundo del artículo 16 D, la expresión “notificados”, por: “informados”.

Cabe hacer presente que **por acuerdo de los miembros de la Comisión, se introdujeron, los términos** “expresa” (6 votos a favor y 5 en contra), “conviviente civil” (11 votos a favor), “informados” (11 votos a favor) en la indicación signada como 1).<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Cabe hacer presente que se acordó dejar constancia en el INFORME que las indicaciones 1), con indicaciones 2), 3) y 4) se votaron en dos oportunidades, una como votación dividida, y otra como un todo (incorporadas en el texto aprobado). Por unanimidad, los diputados presentes accedieron a tal situación atendido que no se alteraría el resultado final, ya que en ambos casos se APROBÓ la indicación 1) con las indicaciones 2), 3) y 4). Si bien los resultados, en número de votos, fueron distintos, el resultado final no se vio alterado, pues en todos los casos SE APROBÓ.

5) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba, para eliminar el inciso segundo del nuevo artículo 16 D.

**Se rechazó por unanimidad** (11 votos en contra).

Votaron los diputados Bellolio, Andrés Celis, Ricardo Celis, Torres (en reemplazo del diputado Crispi), Durán, Gahona, Mix (en reemplazo del diputado Ibáñez), Labra, Olivera, Rosas y Verdessi.

6) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar la siguiente frase final, pasando el punto (.) a ser coma (,): “quienes tendrán además derecho a ser escuchados respecto de la decisión que haya tomado el paciente”.

**Se rechazó por mayoría de votos** (4 a favor, 5 en contra y 2 abstenciones).

Votaron a favor los diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona y Olivera.

Votaron en contra los diputados Ricardo Celis, Durán, Mix (en reemplazo del diputado Ibáñez), Labra y Rosas.

Se abstuvieron los diputados Torres (en reemplazo del diputado Crispi) y Verdessi.

7) De la diputada Jiles, para incorporar un nuevo inciso tercero, pasando el tercero a ser cuarto, en el siguiente sentido:

‘Una vez notificados de la manifestación de voluntad del paciente, de conformidad a la presente ley, el cónyuge, conviviente civil, ascendientes o descendientes mayores de edad podrán oponerse ante la institución de salud correspondiente, siempre y cuando dicha oposición sea respaldada por un informe médico de un especialista que acredite que la enfermedad tiene el carácter de remediable por las ciencias médicas y por un informe psiquiátrico que acredite que la persona no se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales.’

**Se rechazó por mayoría de votos** (5 a favor y 6 en contra).

Votaron a favor los diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona, Olivera y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Ricardo Celis, Torres (en reemplazo del diputado Crispi), Durán, Mix (en reemplazo del diputado Ibáñez), Labra y Rosas.

Artículo 16 C (que pasa a ser 16 E).

El texto de la moción (era artículo 16 C), propone que en el momento en que una persona es objeto de un diagnóstico de salud terminal, los profesionales tratantes están obligados a:

a) Proporcionar al paciente información completa acerca de su diagnóstico. Se entiende por información completa la detallada en el artículo 10.

b) Informar al paciente de los cuidados paliativos que les permitan hacer lo más soportable posible los efectos de la enfermedad, de su derecho a gozar de la compañía de las personas que estime conveniente y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

c) Informar al paciente del derecho reconocido en el artículo 16 A, de los requisitos necesarios para hacerlo efectivo y de los procedimientos habilitados para terminar con la vida.

---

*En el resultado 6-5-0, votaron a favor los diputados Bellolio, Andrés Celis, Torres, Gahona, Olivera y Verdessi; votaron en contra los diputados Durán, Mix, Labra, Rosas y Ricardo Celis.*

*En los resultados 11-0-0, votaron a favor los diputados Bellolio, Andrés Celis, Torres, Durán, Gahona, Mix, Labra, Olivera, Rosas, Verdessi y Ricardo Celis.*

La información a que se refieren las letras precedentes deberá ser informada al paciente de manera que le resulte comprensible, teniendo en cuenta el estado en que se encuentra.

Siempre se dejará registro escrito de los trámites señalados en este artículo, los cuales además deberán ser firmados por el paciente.

---- Se presentaron seis indicaciones:

1) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el artículo 16 C, por el siguiente: (pasaría a ser 16 E)

“Artículo 16 C: En el momento en que una persona es diagnosticada de un problema de salud grave e irremediable, según lo dispone el artículo 16 A, los médicos tratantes están obligados a:

a) Proporcionar al paciente información completa acerca de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Se entiende por información completa la detallada en el artículo 10,

b) Informar al paciente de los cuidados paliativos que procedieren, de su derecho a gozar de la compañía de las personas que estime conveniente y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

c) Informar al paciente del derecho reconocido en el artículo 16 A, de los requisitos necesarios para hacerlo efectivo y de los procedimientos habilitados de asistencia médica para morir.

d) Si el paciente estuviere inconsciente, el médico deberá informarse ante el Registro Nacional de Testamentos si éste ha testado vitalmente.

La información a que se refieren las letras precedentes deberá ser informada al paciente de manera que le resulte comprensible, teniendo en cuenta el estado en que se encuentra.

Siempre se dejará registro escrito de los trámites señalados en este artículo, los cuales además deberán ser firmados por el paciente. En el caso de la letra d) deberán ser firmados por la persona de confianza que señale en el testamento vital, si la hubiere, o por uno de los testigos.’.

**Sometida a votación dividida, fue aprobada por mayoría absoluta (7 votos a favor y 5 abstenciones), salvo el literal d) y el inciso final, que fueron rechazados por unanimidad<sup>7</sup>.**

Votaron a favor los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Mirosevic (en reemplazo del diputado Ibáñez), Labra y Rosas.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis, Gahona, Macaya y Ossandón.

2) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar en el literal b) del artículo 16 C, la siguiente frase después del punto seguido: “Para efectos de los cuidados paliativos, mediante reglamento expedido por el Ministerio de Salud, se procurará la aplicación de cuidados paliativos a toda persona que haya sido diagnosticada con una enfermedad de carácter terminal”.

**Se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes (5 votos a favor).**

Votaron los diputados Bellolio, Ricardo Celis, Durán, Mirosevic (en reemplazo del diputado Ibáñez) y Verdessi.

<sup>7</sup> Las materias referidas en el literal d) y en el inciso final, serán discutidas en el artículo respectivo que trate sobre la regulación de los testamentos.

3) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para modificar el inciso primero del nuevo artículo 16 C por el siguiente:

“En el momento en que una persona es objeto de diagnóstico de aquellas patologías o condiciones que cumplen con lo señalado en la letra a) del artículo 16 A:”

**Se dio por rechazada por ser incompatible con lo ya aprobado.**

4) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya. Al artículo 16 C, en su literal c), para eliminar la siguiente expresión: “y de los procedimientos habilitados para terminar con la vida.”.

**Se dio por rechazada por ser incompatible con lo ya aprobado.**

5) De la diputada Jiles. Al art. 16-C, para incorporar en el inciso primero, una nueva letra d) en el siguiente sentido:

‘d) Informar al paciente que de acuerdo a la ley N° 19.451, será considerado como donante de sus órganos una vez fallecido, a menos que hasta antes del momento de extracción del órgano, se presente una documentación fidedigna, otorgada ante notario público, en la que conste que el paciente en vida manifestó su voluntad de no ser donante.’.

**Se dio por rechazada por ser incompatible con lo ya aprobado.**

6) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya. Al artículo 16 C, en su inciso segundo, para intercalar entre las palabras “paciente”, y “de manera”, la siguiente expresión: “o a sus familiares según corresponda,”.

**Se dio por rechazada por ser incompatible con lo ya aprobado.**

Artículo nuevo (que pasa a ser 16 F).-

----- Se presentó una indicación, de las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo, a continuación del artículo 16C (que ha pasado a ser 16 E):

‘Artículo 16 ...: Antes de que un médico practique una asistencia médica para morir, debe:

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

b. Tener la convicción de que la persona que ha formulado la solicitud de asistencia médica para morir reúne todos los requisitos señalados en el artículo 16 A.

c. Asegurarse de que la solicitud fue manifestada de conformidad a lo dispuesto por esta misma ley.

d. Asegurarse de que la solicitud fue fechada y firmada por el paciente en presencia de dos testigos independientes que también hayan fechado y firmado la solicitud.

e. Asegurarse de que el paciente haya sido informado de que puede, en cualquier momento y de cualquier manera, desistir de dicha solicitud.

f. Asegurarse de que otro médico haya dado su opinión por escrito confirmando que la persona reúne todos los requisitos establecidos para solicitar la prestación.

g. Asegurarse de que él y el otro médico mencionado son independientes entre sí.

h. Asegurarse de que el paciente ha tenido la oportunidad de conversar sobre su solicitud con las personas que desee para tal efecto.

i. Inmediatamente antes de practicar la eutanasia o de proveer al paciente de sustancias mortales con el fin de que éste se las auto administre, deberá dar a la persona la oportunidad de retirar su solicitud y asegurarse de que da su consentimiento expreso para recibir la ayuda médica para morir.’.

Los autores de esta indicación manifestaron que existe una secuencia temporal en el texto que se ha ido aprobando: ya se aprobó la regulación para el momento del diagnóstico, ahora, ésta se refiere al momento en que el paciente ya tomó la decisión.

Al respecto, se observó la pertinencia de reemplazar en el literal b) la palabra ‘convicción’ por ‘certeza’, dada la materia que está regulándose. Sin embargo, se estimó que ese estándar era poco comprobable, por lo que convendría reemplazar esa parte de la oración por ‘asegurarse’, cuestión que se refuerza al hacer participar a un segundo facultativo.

Sobre la participación del segundo facultativo, se observó que su rol no es claro en este procedimiento, toda vez que no es claro a que alude el requisito de independencia -independencia en qué-, y si acaso su rol será el de realizar por sí el mismo procedimiento de evaluación, o sólo verificar que el primero lo haya realizado correctamente.

Asimismo, se observó que esta propuesta persevera en considerar al médico como un mero medio, y no le permite oponerse al procedimiento por razones diversas a la objeción de conciencia. En tal sentido, si no puede oponerse, cabría entender que cualquier persona podría ejecutar esta prestación, y no necesariamente un médico, y si se quiere la intervención de un médico, es porque se entiende que es quien está mejor capacitado para decir que el procedimiento no es adecuado al caso.

Al respecto, se hizo presente que esta ley ciertamente regula y quizás limita la voluntad del médico, y su rol en este procedimiento es precisamente verificar la ocurrencia de determinados requisitos que hagan procedente la eutanasia.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos (6 a favor, 3 en contra y 1 abstención), con la modificación acordada en la Comisión, para reemplazar -en el literal b)- la frase ‘tener la convicción’ por ‘asegurarse’.**

Votaron a favor los diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Mirosevic y Rosas.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis y Ossandón.

Se abstuvo el diputado Verdessi.

Artículo 16 E (que ha pasado a ser 16 G).-

El texto de la moción señala que los medios o procedimientos destinados a causar la muerte del paciente que ha ejercido el derecho consagrado en el artículo 16 A deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Estar reconocido por la ciencia médica como idóneo para causar la muerte de manera rápida e indolora.

b) Causar el menor sufrimiento posible, tanto físico como psicológico, al paciente.

c) Considerar y dar prioridad en todo momento el respeto por la dignidad del paciente.

---- Se presentaron dos indicaciones:

1) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para reemplazarlo por el siguiente:

'El paciente tendrá derecho a que los medios o procedimientos destinados a causar su muerte por el ejercicio del derecho consagrado en el artículo 16 A cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Estar reconocido por la ciencia médica como idóneo para causar la muerte de manera rápida.
- b) Causar el menor sufrimiento posible al paciente, tanto físico como psíquico.
- c) Considerar y dar prioridad en todo momento al respeto por la dignidad del paciente.'

Los autores de la indicación señalaron que en los sistemas comparados no se compromete un sistema específico para realizar el procedimiento, pero en todos ellos se resguarda que el paciente sufra lo menos posible.

Por su parte, se observó la conveniencia de reemplazar la palabra 'idónea' por 'eficaz', sin perjuicio de entender que la eficacia puede ser un concepto equívoco en este caso, pues es confuso imaginar estudios clínicos para causar muertes rápidas, pues el objetivo de la medicina basada en evidencia es para todo lo contrario; pero más confuso puede ser el término "idóneo".

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos** (6 a favor y 3 en contra), **con la modificación acordada** en la Comisión para reemplazar la palabra 'idónea' por el vocablo 'eficaz'.

Votaron a favor los diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Mirosevic y Rosas.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Andrés Celis y Ossandón.

2) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para eliminarlo.

**Se dio por rechazada por unanimidad** (10 votos en contra).

Artículo 16 F (que ha pasado a ser 16 H).-

El texto de la moción señala que el médico requerido para practicar una eutanasia o una asistencia al suicidio podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones durante el procedimiento. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante al paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarlo en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. Para ello, el Ministerio de Salud dictará los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos protocolos deberán asegurar la atención médica de los pacientes que requieran eutanasia o la asistencia al suicidio en conformidad con los artículos anteriores. La objeción de conciencia es de carácter personal y no podrá ser invocada por una institución. Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para practicar una eutanasia o una asistencia al suicidio, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la persona requirente debe ser derivada.

----- Se presentaron tres indicaciones:

1) De las diputadas y diputados Bernal, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix. Para reemplazar el artículo 16 F de los proyectos refundidos, por el siguiente:

“Artículo 16 (...): El médico requerido para practicar la asistencia médica para morir podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones durante el procedimiento. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante al paciente.

Si en el establecimiento de salud todos los facultativos que podrían practicar la asistencia médica para morir son objetores de conciencia, el establecimiento deberá derivarlo en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción.

El Ministerio de Salud dictará los reglamentos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos reglamentos deberán asegurar la atención médica de los pacientes que requieran la asistencia médica para morir en conformidad con los artículos anteriores.

Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para practicar la asistencia médica para morir, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la persona requirente debe ser derivada.”.

Quienes patrocinaron esta indicación señalaron que si bien el objetivo del proyecto de ley es respetar el derecho y las convicciones de los pacientes que deseen acceder a esta prestación, no puede obviarse las convicciones de los integrantes de los equipos médicos que pueden verse involucrados en estas situaciones. En tal sentido, y luego de analizar las diversas posturas, estimaron que tal idea es concordante con el desarrollo que ha tenido el debate del proyecto al interior de la Comisión.

Por su parte, quienes no patrocinaron la indicación, estimaron pertinente el retiro de la posibilidad de objeción institucional, pues ello contrariaría la jurisprudencia constitucional sobre el tema. Sin embargo, estimaron pertinente que la redacción del sujeto activo fuese en plural y no en singular, cuestión que no fue acogida.

A su vez, el asesor del Ejecutivo manifestó que la indicación debiese estimarse inadmisibles, toda vez que regularía materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, tales como disponer reglas sobre derivación hospitalaria o aseguramiento de prestaciones a través de reglamentos, cuestión que importa la entrega de una nueva atribución a los servicios públicos, a la vez que importa gasto fiscal.

El Presidente de la Comisión estimó que la indicación es admisible, y no se hizo cuestión de tal decisión.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos (7 a favor, 3 en contra, 1 abstención).**

Votaron a favor las diputadas y diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Andrés Celis, Gahona y Ossandón.

Se abstuvo el diputado Bellolio.

2) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para reemplazar el artículo 16 F, por otro del siguiente tenor: (pasaría a ser 16 G)

“Toda persona que realice un oficio o trabajo que diga relación con prestaciones médicas, así como todo establecimiento que realice prestaciones de salud, tendrá derecho a negarse a realizar cualquier acción que provoque la muerte de una persona de manera directa.

Los establecimientos que realicen prestaciones de salud podrán, aún cuando ejerzan el derecho descrito en el inciso anterior, celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo conforme al DFL N° 36 de 1980, respecto de cualquier prestación.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud determinará la forma y el procedimiento en que las personas naturales o jurídicas puedan ejercer la objeción de conciencia descrita en este artículo”.

**Se dio por rechazada por ser incompatible con lo ya aprobado.**

3) De los diputados Luck y Torrealba. Y en el mismo sentido, también del diputado Romero, para modificar el inciso segundo del nuevo artículo 16 F, eliminando de su última oración la frase “es de carácter personal y no”, quedando esta oración del siguiente tenor: “La objeción de conciencia podrá ser invocada por una institución”.

**Se dio por rechazada por ser incompatible con lo ya aprobado.**

*Artículo nuevo (que pasa a ser 16 I).-*

----- Se presentaron cinco indicaciones.

1) De la diputada Jiles, para agregar un nuevo artículo a continuación del artículo 16 F, del siguiente tenor:

“Prohibición de cobros abusivos y publicidad. Quedan estrictamente prohibidos los cobros abusivos que guarden relación con la presente ley, por parte de los centros, establecimientos o servicios prestadores de salud, los cuales deberán considerar un cobro justo y transparente por servicios efectuados. Queda igualmente prohibida la publicidad sobre la oferta de éstos, las prestaciones técnicas, medios y procedimientos para la aplicación de métodos destinados a poner término a la vida de las personas de conformidad a lo previsto en esta ley.”.

2) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar un nuevo artículo a continuación del artículo 16F, del siguiente tenor:

“Los establecimientos que realizan prestaciones de salud, sean públicos o privados, tendrán estrictamente prohibido realizar cualquier tipo de publicidad respecto del derecho del paciente descrito en los artículos anteriores, sin perjuicio de la información que se contemple en el artículo 16 C.”.

3) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba, para introducir un nuevo artículo a continuación del artículo 16F, del siguiente tenor:

“Estará estrictamente prohibido a cualquier persona la difusión de publicidad, promoción y, en general, avisaje de cualquier naturaleza, sobre centros, procedimientos y/o servicios destinados a poner en ejecución el derecho consagrado en el artículo 16 A de esta ley.”.

4) Del diputado Bernal y de la diputada Mix para introducir el siguiente artículo.

“Artículo 16 ...: Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de prestaciones técnicas, medios y procedimientos para la aplicación de métodos destinados a poner términos a la vida de las personas de conformidad a lo previsto en

esta ley, sin perjuicio de las obligaciones de información contempladas en el artículo 16 D.”.

Sobre las indicaciones anteriores, se concordó que un objetivo del proyecto es impedir la publicidad de las actividades que permiten la eutanasia o la asistencia médica para morir, entendiendo que no constituye publicidad el informar al paciente sobre los aspectos propios de este tipo de procedimiento.

A su vez, se planteó que podía acotarse la publicidad sólo a personas jurídicas con fines comerciales, postura que no fue acogida, por entenderse que la publicidad lleva implícito tal tipo de fines, sin importar el agente que la emita, por lo que cualquier propuesta debiera prohibir la publicidad, sin distinguir el sujeto de la acción.

Fruto de dicha discusión, se concordó el ingreso de la siguiente indicación:

5) De las diputadas y diputados Bellolio, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Mirosevic, Mix, Rosas, Torres, para incorporar el siguiente artículo:

“Artículo 16...: Quedará estrictamente prohibido realizar cualquier tipo de publicidad sobre la oferta de prestaciones técnicas, medios y procedimientos para la aplicación de métodos destinados a poner término a la vida de las personas por medio de la asistencia médica para morir, de conformidad con lo previsto en esta ley. Lo anterior es sin perjuicio de las obligaciones de información contempladas en el artículo 16 D.’.

**Sometida a votación la indicación 5), se aprobó por unanimidad (10 votos a favor).**

Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas y Torres.

**Las indicaciones 1) a la 4) se dieron por rechazadas por ser incompatible con lo ya aprobado.**

Artículo nuevo.-

----- Se presentó una indicación de los diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mix y Mirosevic, para agregar el siguiente artículo 16 ( )

“Artículo 16( ).- La voluntad expresada en las formas que dispone esta ley junto con el cumplimiento de los demás requisitos que la misma establece, habilitará al médico competente para suministrar sustancias letales con el fin de que el paciente se las autoadministre o para provocarle directamente la muerte, de acuerdo a los medios y procedimientos que autoriza esta ley.’.

**Se dio por rechazada**, atendido que se estimó que su contenido ya había sido discutido y despachado al momento de votar la indicación presentada en el artículo que ha pasado a ser 16 G.

Numeral 5.-

Mediante este numeral se propone incorporar, en el párrafo 6, un &4, pasando el actual &3 a ser &5, proponiendo su epígrafe, y el contenido del mismo, que mediante diversas indicaciones pasaron a ser artículos 16 J a 16 L.

----- Se presentaron cuatro indicaciones.

1) De los diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para titular el epígrafe &4 como “De los testamentos vitales”.

Se hizo presente por sus patrocinantes que el título asignado no era el adecuado, y decidieron modificar la denominación dada atendido que se trata de instrucciones relativas a cómo ejecutar la voluntad del paciente en caso que este no se encuentre hábil para manifestarla. En tal sentido, si bien en un principio se estaba de acuerdo en aludir a éstas como 'testamentos vitales', se planteó una nueva propuesta para reemplazar tal denominación por 'documento de voluntad anticipada'. Ello, con la finalidad de despejar eventuales cuestionamientos sobre el carácter testamentario de dicha declaración, cuestión tradicionalmente vinculada a aspectos patrimoniales o de herencia, lo que no se vincula con el objeto del proyecto de ley.

**Sometida a votación la propuesta nueva, la Comisión tomó el acuerdo unánime de denominar al título como “4 “De los documentos de voluntad anticipada”.**

Votaron los diputados Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Rosas y Verdessi.

2) De los diputados Mirosevic y Torres, para incorporar el siguiente artículo 16 J:

“Artículo 16 J.- El documento de voluntad anticipada es un acto por el cual una persona capaz, mayor de edad, expresa su decisión futura de recibir asistencia médica para morir, cuando padeciendo un problema de salud grave e irremediable, de acuerdo con los requisitos y formas establecidos en la ley, se viere impedido de invocar su derecho por encontrarse en un estado de inconsciencia o de privación de facultades mentales, ambos de carácter irreversible.

El documento de voluntad anticipada solo podrá hacerse valer en el evento que la persona se encuentre en estado de inconsciencia o de privación de sus facultades mentales, ambos casos de carácter irreversible, lo que deberá ser certificado por un médico psiquiatra o un médico especializado en medicina familiar.’.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por unanimidad (8 votos a favor).**

Votaron los diputados Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Rosas y Verdessi.

3) De los diputados Mirosevic y Torres, para incorporar el siguiente artículo 16 K:

“Artículo 16 K.- La declaración que consta en el documento de voluntad anticipada es personal, libre, indelegable y revocable, y deberá cumplir, además, con las formalidades, habilidades y procedimiento que la ley establece para el otorgamiento de testamentos solemnes abiertos o cerrados del Código Civil.

Se podrá declarar anticipadamente y testar sobre los bienes conjuntamente en un mismo acto, pero el documento de voluntad anticipada no se entenderá comprendido en el testamento.

En la declaración 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. Cada persona de confianza sustituye a la anterior en caso de rechazo, impedimento, incapacidad o fallecimiento. No podrán ser convocadas como personas de confianza aquellas que tengan un interés patrimonial en la muerte del paciente ni hayan servido de testigos de la voluntad anticipada.’.

Se señaló por sus patrocinantes que junto con exigir los requisitos formales del documento de voluntad anticipada, similares a los de los testamentos, se persigue dejar absolutamente claro que si bien ambos documentos pueden ser suscritos en el mismo acto, son dos actos jurídicos diferentes.

Con todo, se impide que aquellas personas que puedan tener algún interés patrimonial en caso de deceso del paciente, sean las que informen al médico tratante de la voluntad anticipada del mismo. Ello, con la finalidad de evitar eventuales conflictos de interés.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por unanimidad** (8 votos a favor). Votaron los diputados Andrés Celis, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Rosas y Verdessi.

4) De los diputados Mirosevic y Torres, para incorporar el siguiente artículo 16 L:

“Artículo 16 L.- 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.

La voluntad anticipada devendrá en irrevocable cuando la persona se encuentre en las condiciones y circunstancias señaladas en el artículo 16 K, pudiéndose entonces dar a conocer y ejecutar su contenido.’

En cuanto a esta indicación, si bien se compartió la idea que el requisito de registro persigue dar garantías de seriedad en la materia, se hizo presente que disponer la nulidad de las declaraciones de voluntad anticipada por el hecho de no constar en el registro, sin distinguir aquellos casos imputables al declarante, de aquellos imputables a los funcionarios encargados de realizar tal tipo de trámites, podría ser considerada una sanción excesiva.

Por su parte, se estimó por algunos diputados que obligar a registrar tales declaraciones en el Registro Civil puede ser un asunto de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, toda vez que hoy tal obligación no existe, por lo que se estaría frente a una nueva atribución o competencia.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos** (7 a favor y 1 en contra).

Votaron a favor los diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Rosas y Verdessi.

Votó en contra el diputado Bellolio.

#### Numeral 6.-

---- Se presentaron diez indicaciones, para incorporar, como 20 A a 20 E, luego del artículo, al final del acápite &3 (que ha pasado a ser &5), referido a los comités de ética.

1) De los diputados Ricardo Celis y Rosas, para incorporar el siguiente artículo 20 A:

“El médico al cual le fue requerida la asistencia médica para morir, podrá solicitar al comité de ética respectivo que se pronuncie acerca de dicha petición. El comité de ética tendrá un plazo de 15 días hábiles para dar su opinión.”.

2) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 A nuevo:

“Artículo 20 A.- En lo concerniente a materias relativas a la asistencia médica para morir, el comité de ética se regirá por lo dispuesto en los artículos 20 A a 20 G.”.

3) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 ( ) nuevo:

‘Art. 20 ( ): El médico al cual le fue requerida la asistencia médica para la muerte, podrá solicitar al comité de ética respectiva que se pronuncie acerca del cumplimiento de los requisitos legales de procedencia. El comité tendrá un plazo de 15 días hábiles para emitir su dictamen. El dictamen del comité no tendrá efecto vinculante.’.

4) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 ( ) nuevo:

‘Art. 20 ( ): Una vez practicada la asistencia médica para la muerte, el médico que la practicó deberá enviar al comité de ética los documentos a que se refieren los artículos siguientes.’.

En cuanto a las indicaciones en discusión, la misma discurrió en los siguientes aspectos: si existirían controles previos y posteriores a la realización del procedimiento, si los mismos serían de carácter obligatorio o facultativo para el especialista, y si los informes emanados de dichos controles serían obligatorios o no para quien los requiriera.

Al respecto, se planteó por sus patrocinantes que resulta conveniente que el médico a quien se solicita el procedimiento pueda requerir del Comité de Ética una opinión, no vinculante, sobre el particular, atendida que por la especialidad del asunto, puede resultar necesario para ese facultativo una reflexión desde dichos comités.

Sobre el particular, se estimó que sin perjuicio de la conveniencia de acceder a tal tipo de opiniones que pueden ayudar al médico en el ejercicio de su actividad, encomendar este asunto a los comité de ética puede no ser correcto, toda vez que el rol de dichos comité es pronunciarse en cuestiones bioéticas de casos clínicos, sobre todo ante dilemas en asuntos de investigación, cuestión diferente al rol que cumplen los comité de auditoría médica, quienes velan por la correcta ejecución de los procedimientos, incluso en algunos casos de modo obligatorio, como los casos de mortinatos.

En tal sentido, antes que un comité de ética, que bajo las premisas en discusión podía entenderse como evaluador de la juridicidad de la conducta, cuestión que no les compete a esos comité, cabría estimar conveniente que el asunto fuese analizado por un comité técnico jurídico, pues la discusión final en ese comité será si al realizar el procedimiento se estará realizando una prestación médica o, en cambio, cometiendo un homicidio.

Así, la realización de este tipo de evaluaciones serviría a todos, pues si ocurre una evaluación ex ante, el facultativo contaría con un respaldo sobre la correcta praxis de lo que realizó, lo que le permitirá justificarse ante eventuales recriminaciones, incluso de carácter judicial o, en caso de ser cuestionado en el juicio ex post, ello facilitará la acción de los familiares y, eventualmente, de la fiscalía.

Con todo, se observó que con la legislación vigente el facultativo ya puede acudir al comité de ética en caso que estime necesaria esa opinión antes de ejecutar el

procedimiento, la que si además no resulta vinculante, y por eso se ocupa la palabra 'opinión' y no 'dictamen', menos justifica la necesidad de esta propuesta.

Asimismo, que cabía distinguir entre quien realiza una evaluación ex ante, de quien una ex post en el tema. Ello, pues mientras el ex ante podría estar radicado al interior del mismo establecimiento hospitalario, convendría fuertemente que el ex post fuese realizado lo más alejado de quien hizo el ex ante, a fin de evitar posibles conflictos de interés. Lo anterior, sin perjuicio de la necesidad de centralizar la información generada sobre este tipo de procedimientos, para los adecuados controles y registros.

De igual manera, que no podía obviarse que la existencia de comités de ética es disímil a lo largo del país, habiendo servicios de salud donde tales comités funcionan apenas de modo trimestral, no semanal ni mensualmente, o que hay comités que deben abocarse a conocer la situación de otros servicios de salud.

Finalmente, que la regulación de los comité de ética tiene mayor desarrollo a nivel reglamentario que legal, por lo que proponer en esta ley una regulación ad hoc podía colisionar con lo vigente.

5) De los diputados Bellolio y Gahona. Créase el siguiente artículo 20 C nuevo:

“Art. 20 ( ): El médico al cual le fue requerida la asistencia médica para morir, deberá solicitar pronunciamiento, previo a realizar la acción, al comité de ética del establecimiento.”.

**Sometida a votación la indicación 1), se aprobó por unanimidad** (11 votos a favor). Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas y Verdessi.

**Por igual votación se dieron por rechazadas las indicaciones las indicaciones 2), 3), y 4).**

**La indicación 5) fue rechazada por mayoría de votos** (5 a favor y 6 en contra). Votaron a favor los diputados Bellolio, Castro, Gahona, Ossandón y Verdessi. Votaron en contra los diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra y Rosas.

6) De los diputados Ricardo Celis y Rosas, para incorporar el siguiente artículo 20 B:

“Art. 20 B.- Una vez practicada la asistencia médica para morir, el médico que la practicó deberá enviar todos los antecedentes al Director del establecimiento respectivo, quien deberá reenviar dichos documentos al Director del Servicio de Salud, quien en uso de sus facultades reglamentarias deberá constituir un comité para el efecto.’.

**Sometida a votación, se aprobó por unanimidad** (11 votos a favor). Votaron las diputadas y diputados Bellolio, Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas y Verdessi.

7) Del diputado Mirosevic, para incorporar el siguiente artículo 20 C:

“Artículo 20 C: El comité, señalado en el artículo anterior, deberá establecer un documento de registro que debe completar el médico y dirigirlo al comité cada vez que lleve a cabo una asistencia médica para morir en el plazo máximo de cinco días hábiles posteriores a esta.

Este documento se compone de dos partes. La primera deberá ser firmada y sellada, cifrada, o de cualquier forma resguardada en su confidencialidad, y contendrá los siguientes datos:

1. Nombre, apellido, número de cedula de identidad y dirección del paciente;
2. Nombre, apellido, número de cedula de identidad y dirección del médico;
3. Nombre, apellido, número de cedula de identidad y dirección de los médicos especialistas que diagnosticaron al paciente de un estado de salud grave e irremediable.
4. Nombre, apellido, número de cedula de identidad y dirección y calidad de todas las personas consultadas por el médico, así como las fechas de las consultas, y
5. Nombre, apellido, número de cedula de identidad de las personas de confianza designadas en el documento de voluntad anticipada y que hayan actuado como tal, en el caso de que la asistencia médica para morir fuere practicada en virtud de dicho documento.

Esta primera parte será confidencial. Sólo puede ser consultada después de que el comité así lo decida y en ningún caso puede servir de base para evaluar el funcionamiento de las normas que regulan la asistencia médica para morir.

La segunda parte también debe ser confidencial y contendrá los siguientes datos:

1. Sexo, edad y fecha de nacimiento del paciente;
2. Fecha, lugar y hora del fallecimiento;
3. Mención a la naturaleza del problema de salud grave e incurable que padecía el paciente;
4. Naturaleza del sufrimiento persistente e intolerable;
5. La cualificación del o de los médicos consultados, su opinión y las fechas de las consultas;
6. Si existía un documento de voluntad anticipada;
7. Elementos que permitieron asegurar que la petición fue formulada de conformidad a los requisitos establecidos en esta ley, y
8. Las circunstancias precisas en las que el médico u otro profesional de salud ha practicado la asistencia médica para morir y a través de qué medios.”.

Sobre la indicación, se consultó por qué era necesario crear este documento, toda vez que ya existe la ficha clínica que da cuenta de la información pertinente al caso. Al respecto, se contestó que si bien las fichas clínicas contienen toda la información, sus dimensiones son variables, en algunos casos pocas páginas, en otros, una significativa cantidad.

Por ello, el documento que se propone en este artículo viene a ser un resumen ejecutivo de la ficha clínica, lo que no obsta al comité respectivo a acceder a la ficha clínica para mejor resolver, en caso de estimarlo necesario.

En otras materias, se observó que convenía precisar el destinatario del documento, atendido que el proyecto considera la posibilidad de participación de un comité antes y después del procedimiento y este documento sólo tiene como destinatario al comité que actuaría con posterioridad al procedimiento.

**Sometida a votación la indicación, se aprobó por mayoría de votos (8 a favor, 4 abstenciones).**

Votaron a favor los diputados Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Mirosevic, Rosas y Torres. Se abstuvieron las diputadas y diputados Bellolio, José Miguel Castro, Macaya y Ossandón.

8) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix. Créase el siguiente artículo 20( ):

“Artículo 20 ( ): El comité examinará el documento de registro y verificará a partir de los datos de la segunda parte del registro, si las condiciones y el procedimiento establecidos en esta ley han sido respetados.

En caso de duda, podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura de la primera parte del documento de registro. En esas circunstancias, el comité podrá solicitar al médico que comunique a la comisión todos los elementos del expediente médico relativos a la eutanasia o a la asistencia médica para morir. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro del comité se considere afectada, éste deberá retirarse voluntariamente o ser recusado.

La comisión tendrá un plazo de dos meses para pronunciarse definitivamente.

Cuando, por decisión apoyada por la mayoría simple de sus miembros, el comité estimare que las condiciones previstas en esta ley no han sido respetadas, deberá enviar la información correspondiente a la fiscalía del lugar donde se ha producido el fallecimiento del paciente.”.

**Sin mayor debate, se aprobó por unanimidad** (12 votos a favor). Votaron las diputadas y diputados Bellolio, José Miguel Castro, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Macaya, Mirosevic, Ossandón, Rosas y Torres.

9) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 ( ):

“Artículo 20 ( ): Después de dos años de entrada en vigencia esta ley, cada comité enviará a la Cámara de Diputados:

1. Un informe estadístico en base a la información recogida por la segunda parte del documento de registro;
2. Un informe descriptivo y una evaluación de la aplicación de las prestaciones que asisten médicamente la muerte.

Para el cumplimiento de estas tareas, el comité puede recoger todas las informaciones que necesite acerca de las diversas autoridades e instituciones. Las informaciones recogidas por la comisión son confidenciales.

En ninguno de estos informes podrá ir información relativa a la identidad de las personas referidas a la primera parte del documento de registro.

La comisión puede decidir compartir informaciones estadísticas y puramente técnicas, con exclusión de todo dato de carácter personal, a investigadores asociados a universidades que pidan dicha información de manera motivada.’.

Sobre la misma, uno de sus patrocinantes propuso rechazar la indicación por engorrosa e innecesaria, toda vez que el objetivo perseguido con ella puede lograrse a través del trabajo realizado por la Comisión de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados.

**Sometida a votación, se rechazó por mayoría de votos** (1 a favor y 11 en contra).

Votó a favor el diputado Macaya.

Votaron en contra, los diputados Bellolio, José Miguel Castro, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Mirosevic, Ossandón, Rosas y Torres.

10) Del diputado Ricardo Celis para agregar el siguiente artículo 20 E:

“Si vencidos los plazos contemplados en los artículos 20 A y 20 D, no se emitieren las opiniones o pronunciamientos correspondientes, se entenderá que no existen reparos u observaciones al respecto.”.

Sobre la misma, su patrocinante señaló que su objetivo es otorgar certeza sobre qué debe ocurrir si, vencido el plazo, los órganos requeridos no se han manifestado.

**Sometida a votación se aprobó por unanimidad** (12 votos a favor). Votaron los diputados Bellolio, José Miguel Castro, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Macaya, Mirosevic, Ossandón, Rosas y Torres.

**Artículo segundo.-**

El texto del proyecto propone introducir modificaciones en el Código Civil, mediante dos literales. Es del siguiente tenor:

“a) Agréguese el siguiente artículo 999 A:

La disposición testamentaria en la cual el testador exprese la voluntad de ser sometido a procedimientos autorizados para causar la muerte en los casos previstos en la ley devendrá en irrevocable cuando se cumpla la condición consistente en encontrarse definitivamente privado de su habilidad de manifestar claramente su voluntad.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, siempre será revocable la voluntad de ser sometido a procedimientos de eutanasia manifestada con las solemnidades y en las formas prescritas en la ley. Esta revocación no será objeto de formalidad alguna.

Para cumplir con su voluntad de ser sometido a procedimientos médicos destinados a causar la muerte, 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.

b) Agréguese el siguiente inciso segundo al artículo 1005, a continuación de su numeral 5°:

“El menor de edad es inhábil para manifestar, mediante una disposición testamentaria, la voluntad de ser sometido a procedimientos para causar la muerte en los casos previstos y autorizados por la ley.”.

----- Se presentaron dos indicaciones:

1) De los diputados Mirosevic y Torres, para eliminar el artículo segundo del proyecto.

Se indicó, por uno de sus patrocinantes que como consecuencia de haber sido aprobada la figura del documento de voluntad anticipada, este artículo segundo es innecesario.

**Sometida a votación la indicación, fue aprobada por unanimidad** (12 votos a favor).

Votaron los diputados Bellolio, José Miguel Castro, Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Macaya, Mirosevic, Ossandón, Rosas y Torres.

2) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para eliminar el literal b) del artículo segundo.

**Se dio por rechazada reglamentariamente.**

**Artículo tercero (que ha pasado a ser artículo segundo).**

Se presentaron dos indicaciones, con la finalidad de introducir modificaciones en el Código Penal.

1) De los diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente inciso segundo en el artículo 391 del Código Penal:

“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.”.

Se argumentó por uno de los patrocinantes, que la intención de la indicación es establecer claramente la certeza de la despenalización de la eutanasia cuando, obviamente, se cumplan los requisitos y condiciones legales para que ello ocurra.

**Se aprobó por mayoría de votos (8 votos a favor, 4 en contra).**

Votaron a favor los diputados Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Mirosevic, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Bellolio, José Miguel Castro, Macaya y Ossandón.

2) De los diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para introducir un inciso segundo en el artículo 393 del Código Penal, del siguiente tenor:

“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.’.

En cuanto a las indicaciones, se manifestó por quienes fueron sus patrocinantes que ellas tienen por objeto dar certeza en cuanto a la despenalización de los procedimientos de eutanasia, en tanto ellos se realicen cumpliendo los procedimientos y requisitos aprobados en este proyecto de ley.

Sobre las mismas, se consultó por algunos diputados si no correspondería proponer un artículo autónomo, y no la modificación a artículos permanentes del Código Penal, atendidas las consecuencias procesales penales que ello puede tener. Asimismo, si atendido que se modificaba el Código Penal en una cuestión sustantiva, no la creación de una mera multa sino la despenalización de un homicidio y que, a su juicio, resultaba pertinente remitir el proyecto a la Comisión de Constitución para que emitiera un pronunciamiento en la materia.

Al respecto, se manifestó por los patrocinantes que habiendo analizado las alternativas existentes para obtener el objetivo de la despenalización, habían concluido que la forma propuesta en las indicaciones era la mejor alternativa. Con todo, si se estimaba que podía haber una mejor redacción, se podrían plantear las indicaciones pertinentes en la Sala de la Corporación, no siendo necesario, en tal sentido, remitir el proyecto a la Comisión de Constitución.

**Se aprobó por mayoría de votos (8 a favor y 4 en contra).**

Votaron a favor los diputados Juan Luís Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Labra, Mirosevic, Rosas y Torres.

Votaron en contra los diputados Bellolio, José Miguel Castro, Macaya y Ossandón.

#### **IV.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS.**

##### **Artículos rechazados.**

- "Artículo segundo. Introdúcense las siguientes modificaciones en el Código Civil:

a) Agrégase el siguiente artículo 999 A:

'La disposición testamentaria en la cual el testador exprese la voluntad de ser sometido a procedimientos autorizados para causar la muerte en los casos previstos en la ley devendrá en irrevocable cuando se cumpla la condición consistente en encontrarse definitivamente privado de su habilidad de manifestar claramente su voluntad.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, siempre será revocable la voluntad de ser sometido a procedimientos de eutanasia manifestada con las solemnidades y en las formas prescritas en la ley. Esta revocación no será objeto de formalidad alguna.

Para cumplir con su voluntad de ser sometido a procedimientos médicos destinados a causar la muerte, 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.'

b) Agrégase el siguiente inciso segundo, en el artículo 1005, a continuación de su numeral 5°:

'El menor de edad es inhábil para manifestar, mediante una disposición testamentaria, la voluntad de ser sometido a procedimientos para causar la muerte en los casos previstos y autorizados por la ley.'".

##### **Indicaciones rechazadas.**

Artículo primero (que introduce modificaciones en la ley N° 20.584).-

Al numeral 1.-

1) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar, en el artículo 5 de la ley vigente, un literal e) del siguiente tenor:

"e) En el caso de aquellos pacientes que se encuentren en un estado terminal, a recibir los cuidados paliativos tendientes a disminuir los dolores propios de su enfermedad."

Al numeral 3.-

2) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para reemplazar en el artículo 16 la expresión: 'En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte', por la siguiente: 'Lo anterior, sin perjuicio que un tratamiento no puede tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte'.

Al numeral 4.-

3) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el encabezado contenido en el & 3 del párrafo 6 del título II de la ley 20.584, pasando el &3 vigente a ser &4 y así sucesivamente, por el siguiente:

"& 3. Del derecho a solicitar la asistencia médica para morir."

*Al artículo 16 A.-*

4) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para reemplazar el inciso primero del artículo 16 A, por el siguiente:

'Aquella persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad o condición incurable, progresiva y potencialmente terminal, que le cause un padecimiento físico constante, insoportable y que no pueda ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas, tiene derecho a decidir y solicitar, de acuerdo con los requisitos y formas establecidas en la ley, no padecer dolores o sufrimientos indeseados, evitar la prolongación artificial de su vida y solicitar que se le provoque directamente la muerte.'

5) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para modificar el inciso primero propuesto, en el siguiente sentido:

- a). Para reemplazar la expresión: "o bien" por la siguiente: "y".
- b). Para reemplazar la expresión "apaciguado", por: "controlado".
- c). Para reemplazar la expresión: "y a evitar la prolongación artificial de su vida", por una del siguiente tenor: "y a rechazar tratamientos médicos, aun cuando producto de ello devenga la muerte de la persona".
- d). Para agregar la siguiente frase final: "El médico tratante deberá siempre garantizar la aplicación de cuidados paliativos del paciente".

6) Del diputado Crispi, para sustituir, en el inciso primero, la frase "derecho a decidir y solicitar," por la siguiente: "derecho a decidir, solicitar y acceder,".

7) Del diputado Crispi, para sustituir, en el inciso primero, la frase "no padecer dolores o sufrimientos innecesarios y a evitar la prolongación artificial de su vida", por la siguiente: "a la muerte médicamente asistida, ya sea eutanasia o suicidio médicamente asistido".

8) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el inciso segundo por el siguiente:

'Una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando, a la vez:

- a) Tiene una enfermedad, dolencia o minusvalía seria e incurable.
- b) Su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades;
- c) Su enfermedad, dolencia o minusvalía o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimiento físico persistente que considera intolerable y que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables.
- d) Su muerte natural es el desarrollo razonablemente previsible, tomando en cuenta todas sus circunstancias médicas.'

9) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para eliminar el inciso tercero.

10) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix. Sustitúyase el inciso tercero por el siguiente:

"El sufrimiento persistente, intolerable y que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptable, causado por enfermedad, dolencia, minusvalía o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades, también podrá ser de naturaleza psíquica."

11) Del diputado Romero, para reemplazar íntegramente la letra a) del nuevo artículo 16 A, por la siguiente:

'a) Haber sido diagnosticada con una enfermedad terminal y condición incurable, progresiva y eventualmente letal, Una vez verificados la condición de enfermedad terminal los pacientes podrá optar a una ayuda de acompañamiento financiero con el fin de apoyarlos en el retiro de pensión fija y reajustada de acuerdo al valor de la UF, dándoles una apoyo integral económico psicológico social y espiritual.'

12) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba, para reemplazar íntegramente la letra a) del nuevo artículo 16 por la siguiente:

'a) Haber sido diagnosticada con una enfermedad o condición incurable, progresiva y potencialmente terminal, que le cause un padecimiento físico constante, insoportable y que no pueda ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas.'

13) De la diputada Jiles, para incorporar, en el artículo 16 A, una nueva letra c) del siguiente tenor, pasando la actual letra c) a ser d) y así sucesivamente.

'c) Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los doce y los dieciocho años, al que le afecten algunas de las hipótesis contempladas en el Art. 16 A, podrá el médico atender una petición del paciente de no padecer dolores o sufrimientos innecesarios y evitar la prolongación artificial de su vida, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza la patria potestad o la persona que tenga el cuidado personal del niño, niña o adolescente, haya autorizado la decisión, manifestando conjuntamente con el niño, niña o adolescente su voluntad de acuerdo al artículo 16 D.'

14) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para agregar una nueva letra e) al nuevo artículo 16 A que se introduce a la ley número 20.584, del siguiente tenor:

'e) Contar con la opinión favorable del Comité de Ética del establecimiento médico en donde se haya solicitado ejercer este derecho o quien lleve a cabo sus funciones de conformidad al inciso primero del artículo 17 de esta ley. Dicho pronunciamiento tendrá el carácter de vinculante, sin perjuicio de las acciones que se puedan ejercer a su respecto en el caso de que la opinión favorable haya sido arbitrariamente denegada.'

15) Del diputado Crispi, para agregar una nueva letra e) del siguiente tenor:

'e) Encontrarse en cuidados paliativos al momento de la solicitud o haberse sometido a estos. Dichos cuidados deben ser considerados adecuados, conforme se estipula en el artículo 16, por los dos médicos competentes a los que se refiere la letra a) del presente artículo.'

16) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el inciso cuarto por el siguiente:

"Por asistencia médica para morir se entiende la administración por un médico de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte."

17) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya para reemplazar, en el inciso cuarto, la expresión: "o para", por la siguiente: "pero nunca para".

18) Del diputado Crispi. Para sustituir, en su inciso final, la frase “para provocar directamente la muerte a la persona” por la siguiente: “o para provocar la muerte médicamente asistida”

*Al artículo 16 B.-*

19) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para agregar una nueva letra e) al nuevo artículo 16 A que se introduce a la ley número 20.584, del siguiente tenor:

‘e) Contar con la opinión favorable del Comité de Ética del establecimiento médico en donde se haya solicitado ejercer este derecho o quien lleve a cabo sus funciones de conformidad al inciso primero del artículo 17 de esta ley. Dicho pronunciamiento tendrá el carácter de vinculante, sin perjuicio de las acciones que se puedan ejercer a su respecto en el caso de que la opinión favorable haya sido arbitrariamente denegada.’.

20) Del diputado Bellolio, para agregar una letra e) nueva, del siguiente tenor:

‘e) Encontrarse en cuidados paliativos al momento de la solicitud o haberse sometido a estos. Dichos cuidados deben ser considerados adecuados, conforme se estipula en el artículo 16, por los dos médicos competentes a los que se refiere la letra a) del presente artículo.’.

21) De las diputadas y diputados Bernal, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix para sustituir el artículo 16 B del proyecto de ley por el siguiente:

“Artículo 16 B: Para solicitar la asistencia médica para la muerte es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

a) Haber sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable conforme a lo dispuesto en el artículo 16 A por dos médicos especialistas en la enfermedad, dolencia o minusvalía que motiva la solicitud.

b) Ser mayor de 18 años.

c) Encontrarse consciente y capaz al momento de la solicitud. En caso que el paciente se encuentre inconsciente y dicho estado sea irreversible, procederá la asistencia médica para morir sólo en el caso de que medie una declaración anticipada o testamento vital.

d) Manifestar su voluntad de manera expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre de cualquier presión externa.”

22) Del diputado Crispi. En el artículo 16B, agréguese a continuación del punto aparte, la siguiente frase:

“El médico competente, al que se refiere el octavo inciso del artículo 16 A, deberá ser capacitado en la presente ley de acuerdo a los criterios que establecerá un reglamento dictado por el Ministerio de Salud para estos efectos”.

*Al Artículo 16 D.-*

23) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba, para eliminar el inciso segundo del nuevo artículo 16 D.

24) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar la siguiente frase final, pasando el punto (.) a ser coma (,): “quienes tendrán además derecho a ser escuchados respecto de la decisión que haya tomado el paciente”.

25) De la diputada Jiles, para incorporar un nuevo inciso tercero, pasando el tercero a ser cuarto, en el siguiente sentido:

‘Una vez notificados de la manifestación de voluntad del paciente, de conformidad a la presente ley, el cónyuge, conviviente civil, ascendientes o descendientes mayores de edad podrán oponerse ante la institución de salud correspondiente, siempre y cuando dicha oposición sea respaldada por un informe médico de un especialista que acredite que la enfermedad tiene el carácter de remediable por las ciencias médicas y por un informe psiquiátrico que acredite que la persona no se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales.’.

*Al Artículo 16 C (que pasa a ser 16 E).-*

26) De las diputadas y diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para sustituir el artículo 16 C, por el siguiente: (pasaría a ser 16 E). Hubo votación dividida, y se rechazó el literal d), y el inciso final, que se reproducen a continuación:

d) Si el paciente estuviere inconsciente, el médico deberá informarse ante Registro Nacional de Testamentos si éste ha testado vitalmente.

Siempre se dejará registro escrito de los trámites señalados en este artículo, los cuales además deberán ser firmados por el paciente. En el caso de la letra d) deberán ser firmados por la persona de confianza que señale en el testamento vital, si la hubiere, o por uno de los testigos.’.

27) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba. Para modificar el inciso primero del nuevo artículo 16 C por el siguiente:

“En el momento en que una persona es objeto de diagnóstico de aquellas patologías o condiciones que cumplen con lo señalado en la letra a) del artículo 16 A:”

28) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya. Al artículo 16 C, en su literal c), para eliminar la siguiente expresión: “y de los procedimientos habilitados para terminar con la vida.”.

29) De la diputada Jiles. Al art. 16-C, para incorporar en el inciso primero, una nueva letra d) en el siguiente sentido:

‘d) Informar al paciente que de acuerdo a la ley N° 19.451, será considerado como donante de sus órganos una vez fallecido, a menos que hasta antes del momento de extracción del órgano, se presente una documentación fidedigna, otorgada ante notario público, en la que conste que el paciente en vida manifestó su voluntad de no ser donante.’.

30) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya. Al artículo 16 C, en su inciso segundo, para intercalar entre las palabras “paciente”, y “de manera”, la siguiente expresión: “o a sus familiares según corresponda,”.

*Al artículo 16 E (que ha pasado a ser 16 G).-*

31) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para eliminarlo.

*Al artículo 16 F (que ha pasado a ser 16 H).-*

32) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para reemplazar el artículo 16 F, por otro del siguiente tenor: (pasaría a ser 16 G)

“Toda persona que realice un oficio o trabajo que diga relación con prestaciones médicas, así como todo establecimiento que realice prestaciones de salud, tendrá derecho a negarse a realizar cualquier acción que provoque la muerte de una persona de manera directa.

Los establecimientos que realicen prestaciones de salud podrán, aún cuando ejerzan el derecho descrito en el inciso anterior, celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo conforme al DFL N° 36 de 1980, respecto de cualquier prestación.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud determinará la forma y el procedimiento en que las personas naturales o jurídicas puedan ejercer la objeción de conciencia descrita en este artículo”.

33) De los diputados Luck y Torrealba, y en el mismo sentido, también del diputado Romero, para modificar el inciso segundo del nuevo artículo 16 F, eliminando de su última oración la frase “es de carácter personal y no”, quedando esta oración del siguiente tenor: “La objeción de conciencia podrá ser invocada por una institución”.

*Artículo nuevo (que pasa a ser 16 I).-*

34) De la diputada Jiles, para agregar un nuevo artículo a continuación del artículo 16 F, del siguiente tenor:

“Prohibición de cobros abusivos y publicidad. Quedan estrictamente prohibidos los cobros abusivos que guarden relación con la presente ley, por parte de los centros, establecimientos o servicios prestadores de salud, los cuales deberán considerar un cobro justo y transparente los por servicios efectuados. Queda igualmente prohibida la publicidad sobre la oferta de éstos, las prestaciones técnicas, medios y procedimientos para la aplicación de métodos destinados a poner término a la vida de las personas de conformidad a lo previsto en esta ley.’.

35) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar un nuevo artículo a continuación del artículo 16F, del siguiente tenor:

“Los establecimientos que realizan prestaciones de salud, sean públicos o privados, tendrán estrictamente prohibido realizar cualquier tipo de publicidad respecto del derecho del paciente descrito en los artículos anteriores, sin perjuicio de la información que se contemple en el artículo 16 C.”.

36) De las diputadas y diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba, para introducir un nuevo artículo a continuación del artículo 16F, del siguiente tenor:

“Estará estrictamente prohibido a cualquier persona la difusión de publicidad, promoción y, en general, avisaje de cualquier naturaleza, sobre centros, procedimientos y/o servicios destinados a poner en ejecución el derecho consagrado en el artículo 16 A de esta ley.”.

37) Del diputado Bernales y de la diputada Mix para introducir el siguiente artículo.

“Artículo 16 ...: Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de prestaciones técnicas, medios y procedimientos para la aplicación de métodos

destinados a poner términos a la vida de las personas de conformidad a lo previsto en esta ley, sin perjuicio de las obligaciones de información contempladas en el artículo 16 D.”.

*Artículo nuevo.-*

38) De los diputados Bernales, Ricardo Celis, Fernández, Mix y Mirosevic, para agregar el siguiente artículo 16 ( )

“Artículo 16( ).- La voluntad expresada en las formas que dispone esta ley junto con el cumplimiento de los demás requisitos que la misma establece, habilitará al médico competente para suministrar sustancias letales con el fin de que el paciente se las autoadministre o para provocarle directamente la muerte, de acuerdo a los medios y procedimientos que autoriza esta ley.’.

Al numeral 6.-

39) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 A nuevo:

“Artículo 20 A.- En lo concerniente a materias relativas a la asistencia médica para morir, el comité de ética se regirá por lo dispuesto en los artículos 20 A a 20 G.

40) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 ( ) nuevo:

‘Art. 20 ( ): El médico al cual le fue requerida la asistencia médica para la muerte, podrá solicitar al comité de ética respectiva que se pronuncie acerca del cumplimiento de los requisitos legales de procedencia. El comité tendrá un plazo de 15 días hábiles para emitir su dictamen. El dictamen del comité no tendrá efecto vinculante.’.

41) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 ( ) nuevo:

‘Art. 20 ( ): Una vez practicada la asistencia médica para la muerte, el médico que la practicó deberá enviar al comité de ética los documentos a que se refieren los artículos siguientes.

42) 5) De los diputados Bellolio y Gahona. Créase el siguiente artículo 20 C nuevo:

“Art. 20 ( ): El médico al cual le fue requerida la asistencia médica para morir, deberá solicitar pronunciamiento, previo a realizar la acción, al comité de ética del establecimiento.”.

43) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para incorporar el siguiente artículo 20 ( ):

“Artículo 20 ( ): Después de dos años de entrada en vigencia esta ley, cada comité enviará a la Cámara de Diputados:

1. Un informe estadístico en base a la información recogida por la segunda parte del documento de registro;

2. Un informe descriptivo y una evaluación de la aplicación de las prestaciones que asisten médicamente la muerte.

Para el cumplimiento de estas tareas, el comité puede recoger todas las informaciones que necesite acerca de las diversas autoridades e instituciones. Las informaciones recogidas por la comisión son confidenciales.

En ninguno de estos informes podrá ir información relativa a la identidad de las personas referidas a la primera parte del documento de registro.

La comisión puede decidir compartir informaciones estadísticas y puramente técnicas, con exclusión de todo dato de carácter personal, a investigadores asociados a universidades que pidan dicha información de manera motivada.’

Al artículo segundo (que fue eliminado).-

44) De los diputados Ricardo Celis, Fernández, Mirosevic y Mix, para eliminar el literal b) del artículo segundo.

#### **V.- INDICACIONES DECLARADAS INADMISIBLES.**

Al artículo primero.-

En el numeral 4.-

1) Del diputado Romero. Para reemplazar el inciso primero del artículo 16 A por el siguiente:

“Aquella persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad o condición incurable, progresiva y potencialmente letal, que le cause un padecimiento físico constante, insoportable y que no pueda ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas, tiene derecho un acompañamiento biopsicosocial y espiritual, de acuerdo con los requisitos y formas establecidas en la ley y créase otra modalidad especial de retiro de fondos de pensiones de ahorro voluntario de carácter especial que tiene todo afiliado, en caso de padecer una enfermedad terminal.”.

2) De la diputada Jiles, para incorporar un nuevo artículo a continuación del artículo 16F:

“Todos los prestadores de salud sean estos centros de Salud Hospitalarios o Clínicas estarán obligados a entregar las prestaciones de salud reguladas en la presente Ley, para lo cual deberán en el plazo de 90 días desde su entrada en vigencia, adaptar sus protocolos de aceptación, firma y su inclusión en la ficha clínica de paciente en relación a las normas contenidas en la ley 20.584.”

3) De los diputados Bellolio, Gahona y Macaya, para agregar un nuevo artículo a continuación del 16F, del siguiente tenor:

“En cada región del país existirá una comisión revisora que se pronunciará acerca de si procede o no la aplicación del derecho descrito en los artículos anteriores. Dichas comisiones estarán compuestas por tres personas, de las cuales uno deberá ser jurista, quien será además el presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas. Serán designados por el Ministro de Salud. Un reglamento expedido por el Ministerio de Salud determinará el funcionamiento de esta comisión, no obstante, sin su autorización expresa, no se podrá ejecutar ninguna acción que ponga en riesgo la vida del paciente”.

4) De los diputados Luck, Longton, Olivera, Sabat y Torrealba, para introducir un nuevo artículo 16 H, del siguiente tenor:

“Desde el momento del diagnóstico señalado en el artículo 16 A, haya o no el paciente manifestado la voluntad de ejercer el derecho que en el mismo artículo se consagra, tendrá este derecho a acceder a un programa de acompañamiento que lo asista de manera previa, durante y con posterioridad a la eventual decisión de ejercer el derecho en cuestión. Este acompañamiento incluirá acciones de acompañamiento, de carácter biopsicosocial e informativas acerca del ejercicio del derecho a solicitar que se evite la prolongación artificial de su vida o se le provoque la muerte.”

5) Del diputado Bernales y la diputada Mix, para agregar el siguiente artículo:

“Artículo 16 ( ).- Desde el momento del diagnóstico señalado en el artículo 16 A, haya o no el paciente manifestado la voluntad de ejercer el derecho que en el mismo artículo se consagra, tendrá este derecho a acceder voluntariamente a un programa de acompañamiento que lo asista de manera previa, durante y con posterioridad a la eventual decisión de ejercer el derecho en cuestión. Este acompañamiento incluirá acciones de acompañamiento, de carácter biopsicosocial e informativas acerca del ejercicio del derecho a solicitar la asistencia médica para morir.’.

\* \* \* \* \*

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente la Diputada Informante, esta Comisión recomienda aprobar el proyecto de conformidad al siguiente texto:

## P R O Y E C T O   D E   L E Y

“Artículo primero.- Introdúcense las siguientes modificaciones en 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:

1) Agrégase, en el inciso segundo del artículo 5, las siguientes letras d) y e):

“d) Respetar y hacer cumplir la voluntad del paciente, debidamente expresada en la forma y en los casos que establece esta ley.

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.”.

2) Modifícase el artículo 14, en el siguiente sentido:

a) Sustitúyese, en el inciso primero, la expresión: “con las limitaciones establecidas en el artículo 16, por la frase “cumpliendo con los requisitos que establece esta ley”.

b) Elimínase su inciso tercero.

3) Modifícase el artículo 16, en el siguiente sentido:

a) Elimínase, en el inciso primero, su párrafo final: “En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.”.

b) Agrégase, en el inciso cuarto, luego del punto final –que pasa a ser punto seguido- la siguiente oración: “Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 A.”.

4) Intercálase, en el párrafo 6° del Título II, entre los párrafos &2 y &3, el siguiente párrafo &3 nuevo:

“&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.

Artículo 16 A.- Solamente aquel que ha sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable, tiene derecho a decidir y solicitar, de acuerdo con los requisitos y formas establecidas en la ley, asistencia médica para morir.

Una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando:

- 1.- Ha sido diagnosticada de una enfermedad terminal, o
- 2.- Cuando cumple las siguientes condiciones copulativamente:

a) Tiene una enfermedad o dolencia seria e incurable.

b) Su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades.

c) Su enfermedad, dolencia o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos persistentes e intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables.

El sufrimiento persistente, intolerable y que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptable, causado por enfermedad, dolencia o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades, también podrá ser de naturaleza psíquica.

Por asistencia médica para morir se entiende la administración realizada por un profesional de la salud, siempre indicada por orden y supervisión médica, de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte.

Asimismo, se entenderá que la asistencia médica para morir puede comprender la prescripción y dispensación por parte de un médico de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que ésta se la pueda autoadministrar causando su propia muerte, siempre bajo supervisión médica al momento de dicha administración.

Se entenderá por enfermedad terminal aquella condición en la que una persona presenta una enfermedad incurable, irreversible y progresiva, sin posibilidades de respuesta a los tratamientos curativos y con un pronóstico de vida limitado.

Artículo 16 B.- Para solicitar la asistencia médica para morir es necesario cumplir con los siguientes requisitos copulativos:

a) Haber sido diagnosticado de un problema de salud grave e irremediable conforme a lo dispuesto en el artículo 16 A por dos médicos especialistas en la enfermedad o dolencia que motiva la solicitud.

b) Ser mayor de 18 años.

c) Encontrarse consciente al momento de la solicitud. En caso que el paciente se encuentre inconsciente y dicho estado sea irreversible o esté privado de sus facultades mentales, procederá la asistencia médica para morir sólo en el caso de que medie una declaración que conste en un documento de voluntad anticipada.

d) Contar con la certificación de un médico psiquiatra o un médico especializado en medicina familiar que señale que al momento de la solicitud el solicitante se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, descartando enfermedades de salud mental que afecten la voluntad del paciente.

e) Manifestar su voluntad de manera expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre de cualquier presión externa.

Artículo 16 C.- Si el paciente es mayor de 14 años pero menor de 16 será necesario contar con la autorización de su representante legal o de sus representantes legales, si tuviere más de uno. A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si éste no es habido, el paciente podrá solicitar la intervención del juez con competencia en materia de familia del lugar en donde se encuentra el paciente para que constate los requisitos legales de procedencia de asistencia médica para morir. Si el paciente es mayor de 16 años pero menor de 18, el médico tendrá la obligación de informar a sus representantes legales, pero la solicitud tomará su curso prescindiendo de cualquier consentimiento ajeno a la voluntad del mismo paciente.

Artículo 16 D.- Para ejercer el derecho establecido en el artículo 16 A la voluntad del paciente deberá expresarse por escrito. Solo cuando el paciente se encuentre imposibilitado de manifestarse por este medio podrá manifestarse verbalmente o mediante otra forma de manifestación de voluntad que permita comunicar de manera reiterada e inequívoca su voluntad, pero siempre deberá quedar constancia de ésta por escrito.

Además, esta voluntad deberá manifestarse a lo menos ante dos testigos y un ministro de fe, quien deberá levantar acta escrita de la misma. Ninguno de los testigos podrá tener un interés patrimonial en la muerte del declarante. El ministro de fe podrá ser un notario o un oficial del registro civil, cuando así procediere. Además, esta solicitud debe expresar la fecha de la declaración y ser firmada por el declarante, los testigos, el ministro de fe y, en caso de haberlos, por la o las personas de confianza que señale el declarante.

En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario, podrá oficiar de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subrogue, sin perjuicio de requerirse, de todas maneras, la presencia y comparecencia de dos testigos sin interés patrimonial en el fallecimiento del declarante. El cónyuge, conviviente civil, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente, si los hubiere, así como cualquier otra persona que este designe, deberán ser oportunamente informados de la expresión de voluntad por el Director o quien lo subrogue.

La voluntad manifestada por medio de un documento de voluntad anticipada se registrará según lo dispuesto en los artículos 16 J y siguientes de esta ley.

Artículo 16 E.- En el momento en que una persona es diagnosticada de un problema de salud grave e irremediable, conforme a lo dispuesto en el artículo 16 A, los médicos tratantes están obligados a:

a) Proporcionar al paciente información completa acerca de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Se entiende por información completa la detallada en el artículo 10.

b) Informar al paciente de los cuidados paliativos que procedieren, de su derecho a gozar de la compañía de las personas que estime conveniente y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual. Para efectos de los cuidados paliativos, mediante reglamento expedido por el Ministerio de Salud, se procurará la aplicación de cuidados paliativos a toda persona que haya sido diagnosticada con una enfermedad de carácter terminal.

c) Informar al paciente del derecho reconocido en el artículo 16 A, de los requisitos necesarios para hacerlo efectivo y de los procedimientos habilitados de asistencia médica para morir.

La información a que se refieren las letras precedentes deberá ser informada al paciente de manera que le resulte comprensible, teniendo en cuenta el estado en que se encuentra.

Artículo 16 F.- Antes de que un médico practique una asistencia médica para morir, debe:

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

b. Asegurarse que la persona que ha formulado la solicitud de asistencia médica para morir reúne todos los requisitos señalados en el artículo 16 A.

c. Asegurarse que la solicitud fue manifestada de conformidad a lo dispuesto en esta ley.

d. Asegurarse que la solicitud fue fechada y firmada por el paciente en presencia de dos testigos independientes que también hayan fechado y firmado la solicitud.

e. Asegurarse que el paciente haya sido informado que puede, en cualquier momento y de cualquier manera, desistirse de dicha solicitud.

f. Asegurarse que otro médico haya dado su opinión por escrito, confirmando que la persona reúne todos los requisitos establecidos para solicitar la prestación.

g. Estar convencido que él y el otro médico mencionado son independientes entre sí.

h. Asegurarse que el paciente ha tenido la oportunidad de conversar sobre su solicitud con las personas que desee para tal efecto.

i. Inmediatamente antes de practicar la asistencia médica para morir, dar a la persona la oportunidad de retirar su solicitud y asegurarse que da su consentimiento expreso para recibirla.”

Artículo 16 G.- El paciente tendrá derecho a que los medios o procedimientos destinados a causar su muerte por el ejercicio del derecho consagrado en el artículo 16 A cumplan con los siguientes requisitos:

a) Estar reconocido por la ciencia médica como eficaz para causar la muerte de manera rápida.

b) Causar el menor sufrimiento posible al paciente, tanto físico como psíquico.

c) Considerar y dar prioridad en todo momento al respeto por la dignidad del paciente

Artículo 16 H.- El médico requerido para practicar la asistencia médica para morir podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones durante el procedimiento. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante al paciente.

Si en el establecimiento de salud todos los facultativos que podrían practicar la asistencia médica para morir son objetores de conciencia, el establecimiento deberá derivarlo en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción.

El Ministerio de Salud dictará los reglamentos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos reglamentos deberán asegurar la atención médica de los pacientes que requieran la asistencia médica para morir en conformidad con los artículos anteriores.

Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para practicar la asistencia médica para morir, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la persona requirente debe ser derivada.

Artículo 16 I.- Se prohíbe realizar cualquier tipo de publicidad sobre la oferta de prestaciones técnicas, medios y procedimientos para la aplicación de métodos destinados a poner término a la vida de las personas por medio de la asistencia médica para morir, de conformidad con lo previsto en esta ley. Lo anterior es sin perjuicio de las obligaciones de información contempladas en el artículo 16 E.”

5) Incorpórase, en el párrafo 6° del Título II, a continuación del párrafo &3 nuevo, pasando el actual párrafo &3 a ser &5, el siguiente párrafo &4:

“&4 De los documentos de voluntad anticipada.

Artículo 16 J.- El documento de voluntad anticipada es un acto por el cual una persona capaz y mayor de edad, expresa su decisión futura de recibir asistencia médica para morir, cuando padeciendo de un problema de salud grave e irremediable, de acuerdo con los requisitos y formas establecidos en la ley, se viere impedido de invocar su derecho por encontrarse en un estado de inconsciencia o de privación de facultades mentales, ambos de carácter irreversible.

El documento de voluntad anticipada solo podrá hacerse valer en el evento que la persona se encuentre en estado de inconsciencia o de privación de sus facultades mentales, ambos casos de carácter irreversible, lo que deberá ser certificado por un médico psiquiatra o un médico especializado en medicina familiar.

Artículo 16 K.- La declaración que consta en el documento de voluntad anticipada es personal, libre, indelegable y revocable, y deberá cumplir, además, con las formalidades, habilidades y procedimientos que la ley establece para el otorgamiento de testamentos solemnes abiertos o cerrados del Código Civil.

Se podrá declarar anticipadamente y testar sobre los bienes conjuntamente

en un mismo acto, pero el documento de voluntad anticipada no se entenderá comprendido en el testamento.

En la declaración se podrá 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. Cada persona de confianza sustituye a la anterior en caso de rechazo, impedimento, incapacidad o fallecimiento. No podrán ser convocadas como personas de confianza aquellas que tengan un interés patrimonial en la muerte del paciente ni hayan servido de testigos de la voluntad anticipada.

Artículo 16 L.- 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.

La voluntad anticipada devendrá en irrevocable cuando la persona se encuentre en las condiciones y circunstancias señaladas en el artículo 16 J, pudiéndose entonces dar a conocer y ejecutar su contenido.”.

6) Incorpóranse, a continuación del artículo 20, los siguientes artículos 20 A a 20 E:

“Artículo 20 A.- El médico al cual le fue requerida la asistencia médica para morir, podrá solicitar al comité de ética respectivo que se pronuncie acerca de dicha petición. El comité de ética tendrá un plazo de quince días hábiles para dar su opinión.

Artículo 20 B.- Una vez practicada la asistencia médica para morir, el médico que la practicó deberá enviar todos los antecedentes al Director del establecimiento respectivo, quien deberá reenviar dichos documentos al Director del Servicio de Salud el que, en uso de sus facultades reglamentarias deberá constituir un comité para el efecto.

Artículo 20 C.- El comité, señalado en el artículo anterior, deberá elaborar un documento de registro que debe completar el médico y dirigirlo al comité cada vez que lleve a cabo una asistencia médica para morir en el plazo máximo de cinco días hábiles posteriores a esta.

Este documento se compone de dos partes. La primera deberá ser firmada y sellada, cifrada, o de cualquier forma resguardada en su confidencialidad, por el médico, y contendrá los siguientes datos:

1. Nombre, apellido, cédula de identidad y dirección del paciente.
2. Nombre, apellido, cédula de identidad y dirección del médico.
3. Nombre, apellido, cedula de identidad y dirección de los médicos especialistas que diagnosticaron al paciente de un estado de salud grave e irremediable.
4. Nombre, apellido, cédula de identidad, dirección y calidad de todas las personas consultadas por el médico, así como las fechas de las consultas.
5. Nombre, apellido y cédula de identidad de las personas de confianza designadas en el documento de voluntad anticipada y que hayan actuado como tal, en el caso que la asistencia médica para morir fuere practicada en virtud de dicho documento.

Esta primera parte será confidencial. Sólo puede ser consultada después que el comité así lo decida y en ningún caso puede servir de base para evaluar el funcionamiento de las normas que regulan la asistencia médica para morir.

La segunda parte también es confidencial y contiene los siguientes datos:

1. Sexo, edad y fecha de nacimiento del paciente.
2. Fecha, lugar y hora del fallecimiento.
3. Mención a la naturaleza del problema de salud grave e incurable que padecía el paciente.
4. Naturaleza del sufrimiento persistente e intolerable.
5. La cualificación del o de los médicos consultados, su opinión y las fechas de las consultas.
6. Si existía un documento de voluntad anticipada.
7. Elementos que permitieron asegurar que la petición fue formulada de conformidad a los requisitos establecidos en esta ley.
8. Las circunstancias precisas en las que el médico u otro profesional de la salud ha practicado la asistencia médica para morir y a través de qué medios.

Artículo 20 D.- El comité examinará el documento de registro y verificará a partir de los datos de su segunda parte, si las condiciones y el procedimiento establecidos en esta ley han sido respetados.

En caso de duda, podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura de la primera parte del documento de registro. En esas circunstancias, el comité podrá solicitar al médico que comunique a la comisión todos los elementos del expediente médico relativos a la asistencia médica para morir. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro del comité se considera afectada, éste deberá retirarse voluntariamente o ser recusado.

La comisión tendrá un plazo de dos meses para pronunciarse definitivamente.

Cuando, por decisión apoyada por la mayoría simple de sus miembros, el comité estimare que las condiciones previstas en esta ley no han sido respetadas, deberá enviar la información correspondiente a la fiscalía del lugar donde se ha producido el fallecimiento del paciente.

Artículo 20 E.- Si vencidos los plazos contemplados en los artículos 20 A y 20 D, no se emitieren las opiniones o pronunciamientos correspondientes, se entenderá que no existen reparos u observaciones al respecto.”.

Artículo segundo.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el Código Penal:

1) Incorpórase, en el 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) Agrégase, en el 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.”.

\* \* \* \* \*

**Se designó Diputado Informante al señor Vlado Mirosevic Verdugo.**

\* \* \* \* \*

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 15 y 29 de mayo, 5 de junio, 7 de agosto y 17 de diciembre de 2018, y 2, 9 y 23 de abril, 7 y 14 de mayo, 11 de junio, 9 de julio, 5 y 20 de agosto, y 10 de septiembre de 2019, con asistencia de las diputadas y diputados Jaime Bellolio Avaria, Karol Cariola Oliva, Juan Luis Castro González, Ricardo Celis Araya, Andrés Celis Montt, Miguel Crispi Serrano, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Diego Ibañez Cotroneo, Amaro Labra Sepúlveda, Javier Macaya Danús, Claudia Mix Jiménez, Erika Olivera de la Fuente, Ximena Ossandón Irrázabal, Patricio Rosas Barrientos y Daniel Verdessi Belemmi.

Asistieron, también, los diputados Víctor Torres Jeldes (en reemplazo del diputado Daniel Verdessi Belemmi), Vlado Mirosevic Verdugo (en reemplazo de la diputada Claudia Mix Jiménez), Sebastian Torrealba Alvarado, Maya Fernandez Allende, Marcela Hernando Pérez, Jenny Alvarez Vera (en reemplazo del diputado Patricio Rosas Barrientos), Leopoldo Pérez Lahsen (en reemplazo del diputado Andrés Celis Montt), Gustavo Sanhueza Dueñas (en reemplazo del diputado Javier Macaya Danús), Karin Luck Urban (en reemplazo de la diputada Erika Olivera de la Fuente), José Miguel Castro Bascuñan (en reemplazo del diputado Andrés Celis Montt), Carlos Abel Jarpa Wevar, Carlos Kuschel Silva, y Sebastián Torrealba Alvarado.

Sala de la Comisión, a 10 de septiembre de 2019.

**ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS**  
Abogada Secretaria de la Comisión