

***ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR, CONSENTIMIENTO
INFORMADO Y DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL,
ENTRE LA NORMATIVA VIGENTE Y EL PROYECTO DE LEY
DE MUERTE DIGNA***

*MEDICAL ASSISTANCE IN DYING, INFORMED CONSENT
AND RIGHTS OF THE TERMINAL PATIENT, BETWEEN THE
CURRENT REGULATIONS AND THE DIGNIFIED DEATH BILL*

SEBASTIÁN MENDOZA MONTECINO*

RESUMEN

El proyecto de ley de muerte digna suprime las limitaciones impuestas por la Ley 20.584 a la autonomía de los pacientes terminales. Constituye como derecho la asistencia médica para morir, define la noción de paciente terminal y establece los requisitos para hacer efectiva su solicitud por parte del paciente. En esta investigación se analizan los principales conceptos que utiliza este proyecto y su relación con la normativa vigente, mostrando inconsistencias respecto del rol del médico sobre la administración de la sustancia letal, así como respecto de la mantención de las medidas de apoyo ordinarias.

Palabras clave: Asistencia médica para morir; consentimiento informado; paciente terminal; dolor; autonomía.

*Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Alberto Hurtado. Licenciado en Filosofía de la Universidad de Chile. Magíster en Derecho Constitucional (C), P. Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: mendozasebastian1@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8594-8447>.

Artículo recibido para revisión el 17 de enero de 2023 y aceptado para su publicación el 12 de junio de 2023.

ABSTRACT

The dignified death bill abolishes the limitations imposed by Law 20.584 on the informed consent of terminally ill patients. Medical assistance in dying is constituted as a right, defines the notion of terminal patient and establishes the requirements to make the request effective by the patient. This paper analyzes the main concepts used in this bill and its relationship with current regulations. This research shows inconsistencies of the project with the role of the doctor on the administration of the lethal substance, as well as with respect to the maintenance of ordinary support measures.

Keywords: Medical assistance in dying; informed consent; terminal patient; pain; autonomy.

I. INTRODUCCIÓN

Existe por parte de nuestro legislador, en el ámbito de la regulación de las relaciones médico-paciente, un interés que se ha desarrollado a lo largo de los años, referente al reconocimiento y respeto por la dignidad y autonomía de las personas enfermas. Prueba de ello es la incorporación del *derecho al consentimiento informado*¹ al ordenamiento jurídico chileno con la Ley 20.584 de 2012. Ello constituyó, entre otras cosas, un cambio de paradigma en las relaciones médico-paciente, con el que se transitó desde un modelo paternalista o de beneficencia² a un modelo basado en el respeto a la autonomía de este último.³ La persona enferma (“no firme” de acuerdo a la etimología de la palabra) de condición disminuida, quedaba sometida, en la ética médica tradicional, a las decisiones que el médico y su personal tomaban en pos de lo que consideraban beneficioso para su salud. Con

¹ GÓMEZ-SANCHO, Marcos; ALTISENT-TROTA, Rogelio, “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, *Gaceta Médica de Bilbao*, 2015, Vol. 112, N° 4, p. 217. Define el *Consentimiento informado* como: “La conformidad libre de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

² ORDÓÑEZ, Norma; SÁNCHEZ, Mariana, “La beneficencia del médico en el tratamiento del enfermo con cáncer terminal desde la experiencia familiar”, *Acta Bioethica*, 2018, Vol. 24; N°1, p. 58. Define *Beneficencia* como: “un valor moral esencial, pues constituye un prerrequisito de toda buena práctica. Actuar siempre para hacer el bien, tomando en cuenta el beneficio que le reportarán al enfermo las acciones médicas, es el principio básico de la disciplina médica”.

³ ZÚÑIGA, Alejandra, “La nueva Ley de Derechos del Paciente: del modelo de la beneficencia al modelo de la autonomía”, (Carta al Editor), *Revista Médica de Chile*, 2012, Vol. 141, n° 1, p. 123; LEÓN, Francisco, “Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. Una mirada bioética”, *Revista Médica de Chile*, 2012, Vol. 140, n° 11, p. 1491.

este derecho se buscó recuperar el respeto a la autonomía de la persona en este ámbito de las prestaciones médicas.

Sin embargo lo anterior, la mencionada Ley fue objeto de críticas debido a las limitaciones que impuso a este derecho,⁴ particularmente respecto a las decisiones sobre el final de la vida, como la imposibilidad de rechazar e interrumpir los tratamientos de soporte vital ordinarios por parte de pacientes en estado terminal, además de la prohibición de toda forma de eutanasia y dejar en la indeterminación conceptos como “estado de salud terminal”, “tratamientos de soporte ordinario”, “aceleración artificial de la muerte”, entre otros.

Al ser revisada la *Historia de la Ley 20.584*, la justificación de las mencionadas limitaciones guarda relación con el intento de evitar atentados en contra del derecho fundamental a la vida,⁵ el cual ha sido interpretado tradicionalmente por los tribunales de justicia como un derecho “que tenemos a que nadie atente en contra nuestra, pero de ningún modo consiste en que tengamos dominio sobre nuestra propia vida misma, en virtud del cual pudiéramos destruirla si quisiéramos”.⁶ En vistas a tal fundamento, se configuró una regulación del consentimiento informado con restricciones.

En tal contexto, el *Proyecto de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos*⁷ (en adelante, *Proyecto*), busca suprimir las restricciones a la autonomía del paciente terminal, eliminando de él, por ejemplo, lo dispuesto en el inc. 3 del art. 14 de la Ley 20.584, sobre la prohibición del rechazo de tratamientos que impliquen la aceleración artificial de la muerte, la eutanasia y el auxilio al suicidio, y por el contrario constituye como derechos, por medio de un nuevo y extenso artículo 16, los cuidados paliativos, evitar la prolongación artificial de la vida y solicitar la asistencia médica para morir (en adelante, AMM).

El derecho que asistiría al paciente de solicitar AMM, implica un nuevo cambio en las relaciones médico-paciente y en la tradición deontológica médica, transformando los fines de la medicina relacionados a la curación de la enfermedad y al alargamiento de la vida, abriéndose ahora a una protocolizada ayuda para morir.⁸

⁴ FIGUEROA, Rodolfo, “Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes”, *Revista Médica de Chile*, 2012, Vol. 140, N° 10, p. 1350.

⁵ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL (Eds.), *Historia de la Ley 20.584, Regula los derechos y deberes de los pacientes en relación a las acciones de salud*, BCN, Valparaíso, 2012, pp. 511, 515 y 516.

⁶ VIVANCO, Ángela, *Curso de Derecho Constitucional*, Eds. Universidad Católica de Chile, Santiago, 2007, 2ª ed. ampliada, p. 248.

⁷ SENADO DE CHILE, “Proyecto de Ley de muerte digna y cuidados paliativos”, Oficio N° 16.490, 20 de abril de 2021, disponible en línea: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=28364&prmTIPO=OFICIOPLEY>. Todas las referencias al “proyecto” tienen tal oficio a la vista.

⁸ MARTÍNEZ, Juan, “El derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir: un debate desde la Bioética y el Derecho”, *Revista de Bioética y Derecho Universitat de Barcelona*, 2022, N° 54, p. 238.

Como veremos, el proyecto no resuelve de modo claro si el médico tratante está habilitado para realizar la acción final de suministro de la sustancia letal, en tanto, de acuerdo a como define la AMM, es el paciente quien debe “autoadministrarse” dicha sustancia.

De aprobarse el *Proyecto*, este debe leerse en el contexto además de la promulgación de la Ley 21.375, *de cuidados paliativos*, que entró en vigencia en el mes de marzo de 2022. Dicha Ley de acuerdo a su art. 1º, establece el derecho universal de acceso a cuidados paliativos para las personas que se encuentran en estado terminal o grave.⁹ Además debe tenerse a la vista que el mismo proyecto añade al artículo 5 de la Ley 20.584, un literal d) referido precisamente al derecho de acceso de los pacientes terminales a estos cuidados. En atención a ello, el derecho a la asistencia médica para morir constituye uno de elección por parte del paciente terminal, en la medida que los cuidados paliativos y la posibilidad de acceder a tratamientos que prolonguen artificialmente la vida, también constituyen derechos independientes a este. No es posible leer entonces a la AMM como la única alternativa que ciertamente se asegura al paciente.¹⁰ No obstante lo anterior, los desafíos materiales que enfrenta el efectivo desarrollo y garantía de los derechos a cuidados paliativos, sean por ejemplo la preparación de personal sanitario, la disponibilidad de medicamentos, como a su vez la extensión de los servicios que brinden la atención paliativa implican un desafío constante para la institucionalidad médica y presupuestaria en nuestro país. Como en principio resulta evidente, la asistencia paliativa eficaz, que sea capaz de mejorar la calidad de vida del paciente terminal puede inhibir a este de la decisión de solicitar la AMM.¹¹

En este orden de ideas, la presente investigación examina ciertos aspectos particularmente relevantes del *Proyecto*, realizando una exégesis jurídica con el apoyo de fundamentos bioéticos. Se analizan las modificaciones que realiza el proyecto, las justificaciones de estas, así como la normativa vigente. La investigación consta de seis apartados y una conclusión. En primer lugar, se examina la AMM particularmente en la problemática sobre la administración final

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Cuidados Paliativos. Definición de cuidados paliativos”, disponible en: <https://bit.ly/3sVoITH>, consultado el 10-01-2023: “Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.”

¹⁰ VALERA, Luca; RAMOS, Paulina; PÉREZ, Iván, “Comentarios al proyecto de ley ‘Muerte digna y cuidados paliativos’”, *Revista Médica de Chile*, 2021, Vol. 149, N° 7, p. 1077.

¹¹ FACULTAD DE MEDICINA P. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (Eds.), “Dignidad de la persona enferma al final de su vida: Reflexión de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile”, Julio de 2018, p. 5, disponible en línea: <https://bit.ly/3dSzbLc>, consultado el 10 de enero de 2023.

del fármaco que causa la muerte. En segundo lugar, se analiza la definición de paciente terminal y destacamos ciertos aspectos subjetivos del dolor en tanto que antecedentes necesarios para la posibilidad de ejercicio de la asistencia médica para morir. Se examina también la limitación establecida en la Ley 20.584 de mantener las medidas de soporte ordinario, cuestión que no es retirada por el proyecto, y se revisan sus alcances. Se estudia el derecho a la no prolongación artificial de la vida, la institución de alta voluntaria y la actuación de los comités de ética.

II. ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR

Como indicamos en la introducción, la incorporación de este derecho implica un nuevo giro en la regulación de las relaciones médico-paciente y en la deontología médica, ya que este nuevo impulso por el respeto por la autonomía de la persona amplía el horizonte tradicional de los fines de la medicina (que han sido expresados en cuatro objetivos: Prevenir las enfermedades y lesiones, promover y conservar la salud; aliviar el dolor y sufrimiento causados por la enfermedad y las dolencias; asistir y curar a los enfermos así como cuidar a los incurables; y evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz)¹² llevándola hasta la advertencia en contra de la tentación de prolongar la vida indebidamente y la ayuda protocolizada para morir.¹³ La AMM implica actuaciones que se riñen con la ética médica tradicional,¹⁴ lo cual es puesto como argumento en general en contra de la regulación de la muerte médicamente asistida.¹⁵ Sin embargo la evolución constante de las relaciones médico-paciente, en pos del respeto por la autonomía de este último, no hacen plausible tal argumentación.¹⁶

¹² GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO “Eutanasia y acto médico”, *Revista Médica de Chile*, 2011, Vol. 139, N° 5, p. 649. Citando al Hastings Center, señalan que los fines de la medicina serían: “i. La prevención de enfermedades y lesiones, y la promoción y la conservación de la salud; ii. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males; iii. La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables; iv. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.”

¹³ CAMPS, Victoria, “Los fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas”, 2004, comentario disponible en línea: <https://www.bioeticaweb.com/los-fines-de-la-medicina-el-establecimiento-de-unas-prioridades-nuevas/>, consultado el 12 de enero de 2023; MARTÍNEZ, cit. (n. 8), p. 238.

¹⁴ Se puede tener a la vista lo dispuesto en el artículo 9° del *Código de Ética del Colegio Médico de Chile*, que señala que: “El médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna”.

¹⁵ FACULTAD DE MEDICINA P. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, cit. (n. 11), p. 11.

¹⁶ MARTÍNEZ, cit. (n. 8), p. 238.

Se define en el proyecto la AMM como “la prescripción y dispensación, por parte de un médico, de una sustancia a una persona que la haya requerido, de manera que ésta se la pueda autoadministrar causando su propia muerte, siempre bajo la supervisión médica en el momento de dicha administración”. Dicha definición se condice con lo que señalan especialistas.¹⁷ Es necesario tener presente en este punto que el proyecto no regula ni aprueba como conducta lícita la eutanasia activa. A diferencia de la AMM en que es el paciente terminal quien se autoadministra un fármaco que a su solicitud se le ha prescrito para poner término a su vida, en la eutanasia quien suministra de manera directa dicho fármaco es el profesional sanitario. La diferencia básica estriba en quién ha realizado la acción final causando de modo directo la muerte.¹⁸ En este punto el proyecto es claro, en tanto en la definición de AMM recién citada se utiliza la expresión “autoadministrar”, con lo cual se excluye la posibilidad que sea el médico quien aplique el fármaco.¹⁹

Respecto a la claridad con que se manifiesta la voluntad del paciente, en la AMM, cuando se cumple en ella con todos los supuestos y requisitos, tal manifestación sería incuestionable en el último acto. Por el contrario, en la eutanasia pueden existir casos límites en que la manifestación de voluntad no sea del todo clara, como en situaciones de pérdida de conciencia prevaleciendo allí el carácter piadoso del acto y no la autodeterminación del paciente.²⁰ La distinción es sutil pudiendo generarse casos en que no es razonable la limitación impuesta por la Ley, en enfermedades que permiten la manifestación clara de voluntad pero impiden el movimiento físico.²¹

La AMM es posible para los casos de pérdida de consciencia irreversible o estado vegetativo persistente²² cumpliéndose con los requisitos del documento de

¹⁷ GÓMEZ-SANCHO, cit. (n. 1), p. 217.

¹⁸ VIVANCO, Ángela, *Disposición sobre la vida humana y principios constitucionales: Análisis del caso chileno*, Ediciones Universidad Santo Tomás, Santiago de Chile, 2014, 1ª ed., p. 88.

¹⁹ En España la Ley Orgánica 3/2021 en su artículo 3 establece que la prestación de ayuda para morir se puede producir de dos modalidades: “1.) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. 2.) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.”

²⁰ VIVANCO, cit. (n. 18), p. 89.

²¹ Como en casos avanzados de esclerosis lateral amiotrófica.

²² LAFUENTE, Fernando, “El estado vegetativo”, en: ZURRIARÁIN, Roberto, *“Cuidar cuando no es posible curar. Los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado”*. Ediciones Universidad de la Rioja, 2011, 1ra edición, p. 1. “Forma de inconsciencia permanente, con los ojos abiertos, en el que el paciente está despierto con los ciclos fisiológicos de sueño y vigilia, sin que de ningún modo se dé cuenta de sí mismo ni del entorno. Estar despierto, pero inconsciente, es neurológicamente el resultado del funcionamiento del tronco encefálico y la pérdida total del cortex cerebral”. Disponible en línea: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3690046>, consultado el 14 de enero de 2023.

voluntad anticipada de acuerdo al artículo 16 B, requisitos que se enumeran desde las letras I a la L del mismo artículo. Si bien la definición ya citada determina indefectiblemente que sea el paciente terminal quien se “autoadministre” el fármaco letal, el proyecto se abre en los casos de pérdida de consciencia a que sea el médico tratante quien lo administre. Debemos tener presente que se incorpora un inc. final al art. 391 por el cual se despenaliza del delito de homicidio al profesional médico que “hubiere practicado” una AMM; sin embargo en esta y de acuerdo a su definición, la acción final solo puede ser realizada por el paciente. En este punto el proyecto adolece de falta de claridad. Por una parte se buscó evitar la intervención final del médico, pero por otra se le exime de responsabilidad en caso de haberla practicado.

Por otro lado el proyecto añade un inc. final al art. 393 del mismo cuerpo legal, sobre el delito de auxilio al suicidio, despenalizando la actividad que el médico desarrolle en vistas a proporcionar una sustancia letal que finalmente el paciente se autoadministre. La expresión utilizada por ambos incisos referidos al art. 391 y 393 por el cual se exime de responsabilidad al médico es “inaplicable”. En otros términos, y si bien en principio la conducta podría considerarse como típica, nos parece que la expresión inaplicable hace referencia a su justificación, ello en el contexto del análisis penal de un posible delito.

El artículo 16 B del proyecto establece requisitos severos y copulativos que deben cumplirse para solicitar AMM. Se establece que el problema de salud grave e irremediable definido en la letra A del mismo artículo debe ser diagnosticado por dos médicos especialistas en la enfermedad. Sin excepción el solicitante debe ser mayor de 18 años. Debe encontrarse consciente al momento de la solicitud, y en caso de inconsciencia irreversible solo procede la AMM si hay documentos de voluntad anticipada. Se debe certificar por parte de un médico psiquiatra que la persona está en pleno uso de sus facultades mentales. El solicitante debe manifestar su voluntad de manera expresa, razonada, reiterada, inequívoca y libre de presión externa. Dicha manifestación de voluntad debe quedar plasmada en tres momentos, en el diagnóstico, en el ofrecimiento de cuidados paliativos y al ser evaluado por un médico psiquiatra. En la letra D del mismo art. 16, se establecen obligaciones respecto a la información que los médicos tratantes deben proveer al paciente, debiendo comunicarle informe completo sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. A su vez informar sobre los cuidados paliativos que procedieren junto con su derecho de gozar de la compañía de las personas que estime conveniente, e informar sobre los requisitos necesarios para hacer efectiva la solicitud de AMM. Con dichos deberes se busca reforzar el conocimiento que el paciente tenga de su estado, y por tanto que su decisión tenga mayor sustento.

III. SOBRE EL PACIENTE TERMINAL Y EL DOLOR

De la redacción actual del proyecto, particularmente de lo dispuesto en el art. 16 A, entendemos que el estado de salud grave e irremediable, que en cumplimiento de los demás requisitos formales que se establecen, habilita el derecho a solicitar asistencia médica para morir, es determinado por dos situaciones que en principio son independientes entre sí. El estado de salud grave e irremediable lo padece una persona, por una parte, cuando se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, y por otra, cuando se reúnen copulativamente las tres situaciones referidas en tal artículo; que la enfermedad tenga el grado de seria e incurable, que produzca una disminución irreversible de capacidades y que provoque sufrimientos físicos persistentes e intolerables.

Se establece así la independencia de ambas situaciones. En el primer caso, aquella persona que haya sido diagnóstica de un estado de salud terminal, aun cuando no padezca por ejemplo sufrimientos intolerables, sería en principio titular del derecho a solicitar asistencia médica para morir. En el segundo caso, aquellas personas que padezcan una enfermedad incurable, irreversible y que le provoque graves sufrimientos, aun cuando su expectativa de vida no es limitada, estaría habilitada para ejercer este derecho. En esta última situación, el proyecto considera casos de enfermedades crónicas o patologías degenerativas, que no causan una muerte en corto plazo, pero sí producen sufrimientos, sean físicos como psicológicos. Ahora bien, respecto del primer caso, la existencia de enfermedades terminales, que no causen sufrimientos de alta intensidad, tienen el carácter de excepcionales, sin perjuicio que ellos pueden ocurrir. Debe tenerse presente además que en la definición de paciente en estado de salud terminal que se establece en el inciso final del art. 16 A, se omite toda referencia al sufrimiento de una persona.

Respecto del paciente que padece un estado terminal, su definición es precisada por el inciso final del art. 16 A, en términos que consiste en

“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. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud determinará los criterios y procedimientos a los que deberán atenerse los profesionales médicos al momento de evaluar y diagnosticar que la condición de la enfermedad reúne los requisitos antes señalados para ser considerada enfermedad terminal”.

La definición que establece la Ley es concordante con la definición que proponen especialistas como Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, quienes señalan que el paciente terminal debe cumplir

básicamente con tres condiciones: ser portador de enfermedad grave diagnosticada por un experto, debe tratarse de una enfermedad grave e irreversible con pronóstico fatal en plazo breve, y por otro lado no debe ser susceptible de tratamiento conocido que permita modificar el pronóstico de muerte.²³ La definición citada del proyecto cumple en general con elementos que propone el Grupo especializado.

La definición deja abierta, sin embargo, la fijación de un periodo de tiempo diagnosticado de expectativa de vida. Se ha señalado que la muerte en el paciente en fase terminal puede esperarse en un tiempo variable inferior a seis meses.²⁴ La actual Ley de cuidados paliativos, en su art. 2º, establece al paciente terminal una expectativa de vida inferior a 12 meses. El proyecto de Ley omite una referencia de tiempo en este punto, señalando solo que el pronóstico de vida debe ser limitado. Resulta necesario entonces una referencia precisa a un periodo de meses al que atendernos. Este es relevante en la medida en que los avances en la técnica médica, al menos teóricamente en un plazo breve, pueden llegar a modificar el carácter terminal de una enfermedad, aumentando la esperanza de vida en algunos pacientes, cuestión que podría inhabilitarlo de solicitar la asistencia médica para morir. En tal sentido la mera expresión “limitado” que refiere el proyecto, resulta insuficiente.

De acuerdo al inciso final del art. 16 A del Proyecto, el paciente en estado terminal se caracteriza por padecer una enfermedad incurable, irreversible y progresiva. Respecto del carácter incurable, este se refiere a la imposibilidad de recuperación, ya sea al estado inicial de salud, previo a contraer la enfermedad, o bien al caso que existan secuelas o afecciones posteriores de carácter leve. Si las secuelas no tienen un carácter leve, entonces se puede estar en presencia de una prolongación de la enfermedad, de una nueva enfermedad, o una con carácter crónico.²⁵ En este punto y como hemos dicho, puede objetarse que el carácter de incurable varía en el tiempo, lo que en el presente no es curable no implica que en un futuro próximo si lo sea, por ello se hace necesario el establecimiento de un periodo de tiempo determinado en meses, como ya señalamos en el párrafo precedente.

Respecto de la irreversibilidad, en términos generales su contenido no

²³ GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “El enfermo terminal”, *Revista Médica de Chile*, 2000, Vol. 128, N°5, p. 547.

²⁴ LÓPEZ, Eleonora; RODRÍGUEZ, Adrián; PÉREZ, Cándido, “Los derechos humanos al final de la vida. Avances y retrocesos jurídicos en México”, *Revista Internacional de Derechos Humanos*, 2015, N°5, p. 103; BUIGUES, Francisco, TORRES, Jordi, MAS SESÉ, Gemma; FEMENÍA, Miguel; BAYDAL, Rosario, “Paciente terminal: Guía de Actuación Clínica en A. P.”, Generalitat Valenciana - Conselleria de Sanitat, 2010, disponible en línea: <https://docplayer.es/1383993-Paciente-terminal-guia-de-actuacion-clinica-en-a-p-autores.html>, consultado el 16 de enero de 2023.

²⁵ TARAZONA-FERNÁNDEZ, Augusto; RAUCH-SÁNCHEZ, Erik; HERRERA ALANIA, Edén, “¿Enfermedad prolongada o secuela pos-COVID-19?”, *Revista Acta Médica Peruana*, 2020, Vol. 37, N° 4, p. 565.

dista de lo incurable, se trata de la imposibilidad de volver a un estado normal o inicial de salud. Su uso sin embargo mienta situaciones específicas como el cese de determinadas funciones de un órgano o de un grupo de órganos, o el caso de pérdida de conciencia o estado de coma irreparable. Como ejemplo del primero cabe el caso de la insuficiencia renal crónica, el cual en virtud de tratamientos de reemplazo permanente de la función renal, el diagnóstico ha pasado de ser terminal a tener expectativas de vida altas.²⁶ Ejemplo del segundo caso, la pérdida de conciencia, la cual puede ser producto de una lesión destructiva en el sistema nervioso central, como una lesión traumática en la cabeza, un accidente cerebrovascular, un tumor cerebral, etc.²⁷ Mientras que lo incurable dice relación con la imposibilidad de recuperación integral de la salud del paciente, el concepto de irreversible dice relación con situaciones específicas de irrecuperabilidad, ya sea de uno o más órganos, como de situaciones de pérdida de conciencia del paciente. La irreversibilidad no implica un necesario desenlace fatal del individuo.

Respecto del carácter progresivo de una enfermedad, dice relación con el avance gradual, o empeoramiento creciente de la afección, con una velocidad o rapidez relativa. Entre ellas, la enfermedad de alzheimer, esclerosis lateral amiotrófica, cáncer, artrosis, etc. Respecto del carácter incurable, irreversible y progresivo, se ha señalado que estas se asocian a pérdida de capacidades y de autonomía, y que implican un concepto amplio de enfermedad terminal, relacionado a la incapacidad de organizar un plan de vida futuro.²⁸

En el encabezado del párrafo 3, se utiliza indistintamente la expresión dolor con el de sufrimiento intolerable. En la letra C de este artículo,²⁹ se utiliza la expresión sufrimiento físico, omitiéndose el uso de la expresión dolor. Si bien ambas expresiones tienen en principio un contenido similar, no son idénticas, el dolor mienta en primera medida padecimientos de carácter físicos, locales o generalizados, mientras que la expresión sufrimiento implica sensaciones de tipo subjetivas – o en cierto sentido existenciales - que pueden atender a proyecciones personales respecto del pasado como del futuro, se sufre por tanto respecto de lo ya ocurrido como por aquello que ocurrirá.³⁰ El carácter eminentemente físico del

²⁶ MACÍA HERAS, Manuel, “Insuficiencia renal crónica terminal: una expresión poco «adecuada»”, *Revista Nefrología*, 2022, Vol. 22, N°3, p. 26.

²⁷ VIVANCO, cit., (n. 18), p. 38.

²⁸ MUÑOZ, Gabriel, “Algunas consideraciones del final de la vida en Chile, a propósito del proyecto de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos”, *Revista de Derecho (Valdivia)*, 2022, Vol. 35, N° 1, p. 46.

²⁹ “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.”

³⁰ MOREIRA, Marcelo; OLIVEIRA, Larissa; PEREIRA, Isabela; THOMAZ, Gabriela, “Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente”, *Revista de Bioética*, 2020, Vol. 28, N° 2, p. 250.

dolor es manifiesto en tanto los estudios clasifican a este – dentro de las múltiples clasificaciones existentes - diferenciando entre un dolor somático, visceral y neuropático, siendo el primero el que afecta a músculos, articulaciones, huesos o ligamentos, el segundo el que acompaña a lesiones y/o enfermedades que afectan a órganos internos, y el tercero el que afecta al sistema nervioso central y periférico. El dolor físico no necesariamente está acompañado de sufrimiento, mientras que el sufrimiento tampoco necesariamente puede estar acompañado de dolor físico.³¹ Si bien el dolor como veremos tiene un rasgo eminentemente subjetivo, en la expresión sufrimiento este carácter es aún mayor, y es precisamente este el concepto que se utiliza en la mencionada letra C del artículo 16 A.

Si bien el mencionado proyecto no define qué debe entenderse por dolor ni por sufrimiento, se destaca en la referida letra C el carácter subjetivo de este último, en la medida que la consideración personal respecto de la experiencia del dolor es el punto de vista que predomina a la hora de la determinación de su gravedad, y si este es o no tolerable. Podría achacarse en este punto que no se toman en cuenta los avances en medicina paliativa, sedación y terapia del dolor, con lo que la mera consideración personal del enfermo traería arbitrariedad.³² Sin embargo debe tenerse presente que el proyecto exige copulativamente que se trate de una enfermedad incurable y junto con ello implique una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades, todo lo cual no puede ser sino diagnosticado por dos especialistas en la enfermedad según dispone el art. 16 B, con lo cual la objeción sobre la consideración subjetiva o meramente arbitraria del dolor pierde fuerza.

Debe tenerse además a la vista que existe consenso en el carácter subjetivo de la experiencia del dolor.³³ Así, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define a este como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”.³⁴ También se ha definido como “una experiencia somatopsíquica causada, casi siempre, por un estímulo físico, pero cuya percepción está modulada por diversos factores individuales (emocionales, ambientales, morales y espirituales)”.³⁵ Ambas definiciones tienen

³¹ AGUILAR, Baltazar, “Dolor y sufrimiento en medicina”, *Revista Uruguaya de Cardiología*, 2016, Vol. 31, N° 1, p. 11.

³² VALERA, RAMOS y PÉREZ, cit. (n. 10), p. 1077.

³³ BUSTA, Cristián, “Narrativas del Dolor entre Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia en Santiago de Chile”, *Revista El Dolor (Asoc. Chilena para el Estudio del Dolor)*, 2021, Vol. 74, p. 11.

³⁴ VIDAL, Javier, “Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás”, *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 2020, Vol. 27, N° 4, p. 232. Definición también disponible en sitio web de la IASP (International Association for the Study of Pain), disponible en línea: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>, consultado el 15-12-2022.

³⁵ BUIGUES, TORRES, MAS SESÉ, FEMENÍA y BAYDAL, cit. (n. 24), p. 7.

presente tal carácter subjetivo, ello en expresiones como “experiencia sensorial”, factores “emocionales”, “morales”.

IV. MEDIDAS DE SOPORTE ORDINARIO

Existe sin embargo un problema de coherencia interna del proyecto, ya que si bien se elimina la prohibición contenida en la parte final del art. 16 inc. 1, sobre la imposibilidad de rechazar un tratamiento que implique la aceleración artificial del proceso de muerte, mantiene sin embargo la expresión “sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario”. La Ley 20.584 no define qué son los tratamientos de soporte vital, y entrega escasas referencias sobre cuáles son los tratamientos ordinarios.³⁶ De la redacción de tal artículo se desprende a *contrario sensu* que los tratamientos extraordinarios si pueden ser rechazados, ya que esta precisión conceptual del legislador no tendría sentido de otro modo. De mantenerse el proyecto en estos términos la normativa no impediría la suspensión o rechazo de toda medida de soporte vital como podría sostenerse, sino sólo las medidas ordinarias.

Debemos tener presente que del texto vigente tanto los arts. 14 como 16 utilizan la expresión “otorgar o denegar su voluntad de someterse a cualquier tratamiento o procedimiento vinculado a su atención de salud”. La palabra denegar un tratamiento establece la idea de rechazo a un procedimiento que se ofrece pero que aún no se aplica. De tal literalidad podría pensarse que la disposición sólo contempla esa situación, sin embargo, resulta claro sobre la base de la Historia de la Ley que el legislador también considera permitida tanto la interrupción como la suspensión de los tratamientos. Se asumió tal posibilidad aun cuando tal palabra no fuera incorporada ni en los mencionados arts. 14 y 16. En cambio, si se incorporó expresamente la posibilidad de interrumpir un tratamiento como supuesto del alta voluntaria que establece el artículo 18. Por otro lado, sería un sin sentido que una persona pueda rechazar un tratamiento, pero no interrumpirlo. La base de respeto a su autonomía en ambos casos es la misma.

Si recurrimos a la Historia de la Ley 20.584, debemos considerar que el art. 16 vigente no se encontraba en el proyecto original enviado al Congreso. Este fue añadido con posterioridad, y la mencionada restricción que se establece con la frase “sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario”, se incorporó por la Comisión de Salud del Senado, a solicitud de los senadores Matthei, Larraín y Novoa.³⁷ El Ministro de Salud manifestó que las “medidas mínimas como suero,

³⁶ VIVANCO, cit. (n. 18), p. 76.

³⁷ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 595.

oxígeno y tratamiento anti escaras no se deben suspender en un establecimiento hospitalario. En Chile no existen establecimientos especializados en brindar las condiciones para una muerte digna”.³⁸ La idea del legislador de impedir la interrupción de medidas de soporte vital se deja ver en distintos pasajes de la Historia de la Ley, incluso con anterioridad a la incorporación de la mencionada frase. Así por ejemplo en la Comisión de Constitución del Senado,³⁹ sesión de 28 de octubre de 2008 se dijo que “a todo enfermo terminal, debe suministrársele oxígeno, alimentación, suero, y demás paliativos para el dolor. Lo contrario, acotó (la senadora Alvear), sería una crueldad”.⁴⁰ A nuestro parecer tales aseveraciones que en su contenido son idénticas, resultan laxas como para inferirse un criterio de distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias. Como veremos parece que incluso son confundidas ambos tipos de medidas. Además, como veremos, resulta ser una diferenciación arbitraria.

El problema se centra en el criterio de distinción entre medidas de soporte ordinarias y extraordinarias. Ambas en este contexto tienen por objeto la mantención o prolongación de la vida del paciente en estado terminal, por lo que no se tienen a la vista aquí los cuidados mínimos de enfermería y de confort que se realizan de manera habitual a todo tipo de pacientes. Un criterio utilizado para distinguirlas tiene que ver con las consecuencias respecto al costo y complejidad que implica el tratamiento y al dolor para el paciente que conlleva su implementación.⁴¹ Así por ejemplo, el costo monetario o la complejidad técnica que acarrea la aplicación de una medida como la hemodiálisis o la respiración mecánica es considerablemente mayor a la utilización de tratamientos farmacológicos o a la hidratación artificial, requiriéndose en el primer caso además una instrucción especial por parte del facultativo médico.

Es también disímil el dolor o la invasión en la corporalidad del paciente en ambos casos. En base a tal criterio se pueden considerar como parte de los tratamientos ordinarios el suministro de medicamentos y procedimientos de carácter habitual,⁴² como también el suministro de analgésicos, antipiréticos,

³⁸ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 596.

³⁹ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 513.

⁴⁰ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 512 y 588. Otro pasaje que señala esta idea del legislador es: “En ningún caso el rechazo a un tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte. Las medidas ordinarias de soporte vital, como la hidratación, alimentación o sonda gástrica, no se podrán privar o rechazar jamás. Se considerarán aceptables aquellas medidas de paliación del dolor respecto de enfermos terminales, crónicos o en grave estado de padecimiento”.

⁴¹ GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento”, *Revista Médica de Chile*, 2003, Vol. 131, N° 6, p. 686; VIVANCO, cit. (n. 18), p. 76.

⁴² GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA, cit. (n. 41) p. 687.

antiespasmódicos, ansiolíticos y antibióticos. Entre los tratamientos extraordinarios, de acuerdo a tal criterio, se consideran procedimientos tales como el enema evacuante, sonda nasogástrica, sonda vesical, oxigenoterapia.⁴³ También respecto de los extraordinarios, en atención al costo, complejidad, invasión al cuerpo del paciente y al requerimiento de instrucción especializada se encuentran las técnicas de circulación asistida, sistemas de oxigenación extracorpórea, reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, depuración extrarrenal, transplante de órganos, etc.

Respecto del pasaje de la Historia de la Ley citado recientemente⁴⁴ en que se hace referencia a cuales son las medidas ordinarias, nos parece que erróneamente considera dentro de ellas a tratamientos desiguales en costos, complejidades, dolor o invasión para el paciente, como la respiración mecánica y el suministro de suero. El primero de tales ejemplos es una medida extraordinaria en atención a los criterios mencionados, la segunda es ordinaria. Entendemos que la Historia de la Ley confunde el sentido de la distinción legal entre medidas ordinarias y extraordinarias otorgando a las primeras una amplitud mayor. El problema por cierto al cual el legislador le interesa prohibir es la eutanasia en cualquiera de sus formas. La suspensión o rechazo a tratamientos de soporte vital como el suministro de suero o el retiro voluntario de un respirador artificial constituyen para el legislador una forma de eutanasia pasiva. Sin embargo, difícilmente las aseveraciones presentes en la Historia de la Ley pueden permitir al intérprete determinar con mediana precisión cuando un tratamiento es ordinario y cuando no lo es.

Nos parece que la distinción legal además adolece del defecto de ser arbitraria. La posibilidad de suspender tratamientos extraordinarios, pero no los ordinarios, remite no solo al criterio de distinción entre ambos, sino también al tipo de enfermedad que el paciente padece. Así por ejemplo, parece ser claro que la depuración extrarrenal resulta ser un tratamiento extraordinario. De acuerdo a ello se puede acceder a la solicitud de un paciente que se encuentre en estado terminal para no someterlo a tal tratamiento. En otro caso, un tipo de tratamiento ordinario que resulte necesario para mantener con vida a otro paciente no podrá ser retirado. En ambos casos los pacientes se encuentran en situaciones idénticas, la inminencia de la muerte si es retirado el tratamiento. Sin embargo, en un caso está permitido realizar tal práctica y en el otro no. ¿Posee un objetivo válido y razonable tal distinción? A nuestro parecer no. No parece ser objetivo discriminar de acuerdo al tipo de enfermedad que padezca el paciente, esta, como es lógico, es una aflicción

⁴³ GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA, cit. (n. 41) p. 688.

⁴⁴ Historia de la Ley, cit. (n. 5), p. 512; “A todo enfermo terminal, debe suministrársele oxígeno, alimentación, suero, y demás paliativos para el dolor”.

por completo ajena a la voluntad del paciente, de tal modo que no resulta razonable discriminar de acuerdo a ella. Por otro lado, tampoco tiene justificación objetiva que se discrimine entre tratamientos porque su retiro puede ser “más cruel” en un caso que en el otro. El parámetro de la “crueldad” resulta en este caso cuestionable.

Desde un punto de vista ético, nos parece que el legislador chileno ha seguido las indicaciones del Papa Juan Pablo II, quien llamó a establecer una “diferencia moral sustancial entre la interrupción de tratamientos médicos que pueden ser gravosos, peligrosos o desproporcionados con respecto a los resultados esperados (...), y la supresión de los medios ordinarios para conservar la vida, como la alimentación, la hidratación y los cuidados médicos normales”.⁴⁵ La vida misma tendría un valor intrínseco para esta concepción, el cual es independiente y debe ser mantenido respecto de tratamientos ordinarios aún en casos de estado de salud vegetativo o terminal.⁴⁶ Al revisar la Historia de la Ley no se deja ver en la discusión intervenciones en que se haga directa referencia a los documentos papales indicados, sin embargo, la similitud es alta entre esta doctrina y lo dispuesto en el art. 16 de la Ley sobre el límite al ejercicio del consentimiento informado en los tratamientos de soporte ordinario.

A pesar de tener claridad respecto de la fuente doctrinaria que está tras la necesidad de mantención de medidas ordinarias, los problemas interpretativos, en una realidad instrumental médica compleja no se solucionan. Estos problemas conceptuales dificultan la labor interpretativa quedando vacante el sentido en que deben comprenderse. La Historia de la Ley parece no ser coherente con la distinción entre medidas de soporte ordinarias y extraordinarias. Además la limitación directa a la autonomía del paciente resulta una paradoja. Se trata de una Ley dentro de cuyos propósitos primordiales está el respeto a su autonomía y sin embargo se establece un límite cuestionable en su justificación e inaudito en la experiencia comparada. Es así que tal normativa no considera los múltiples casos en derecho comparado en que se permitió la interrupción de las medidas de soporte vital conocidos por los nombres de Nancy Cruzan, Terri Schiavo, Piergiorgio Welby y de Inmaculada Echevarría entre otros. De este modo esta limitante resulta discutible desde distintos

⁴⁵ JUAN PABLO II, “Discurso del S.P. Juan Pablo II al décimo grupo de obispos estadounidenses en visita ‘Ad Limina’”, 1998, disponible en línea: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1998/october/documents/hf_jp-ii_spe_19981002_ad-limina-usa.html, consultado el 24 de noviembre de 2022.

⁴⁶ JUAN PABLO II, “Discurso del S.P. Juan Pablo II a los participantes de un congreso sobre “tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo”, 2004, disponible en línea: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc.html, consultado el 24 de noviembre de 2022: “Asimismo, no se puede excluir a priori que la supresión de la alimentación y la hidratación, según cuanto refieren estudios serios, sea causa de grandes sufrimientos para el sujeto enfermo, aunque sólo podamos ver las reacciones a nivel de sistema nervioso autónomo o de mímica”.

ángulos, todo lo cual sustenta la necesidad de una revisión dogmática y legislativa de esta disposición.

Si bien en términos de la práctica médica cotidiana es posible establecer distinciones sobre los tratamientos en atención a su habitualidad, complejidad o costo, nos parece que realizar una distinción legislativa y en este punto ética también, entre el rechazo o suspensión de algunos y otros es cuando menos cuestionable. Nos parece más apropiado en general referirnos a las medidas de soporte vital sin discriminar éticamente si son ordinarias o extraordinarias. Frente a la posibilidad de una muerte inminente del paciente, las medidas de soporte vital son aquellas que prolongan la vida biológica del paciente, o bajo otro criterio, aquellas medidas que sustituyen funciones corporales. El primero de tales criterios define a estas medidas “como toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal”.⁴⁷ Según el segundo criterio plantea que “si de lo que se trata es de interrumpir un “tratamiento médico”, lo cierto es que debiéramos considerar cualquier instrumento destinado a sustituir las funciones del cuerpo, dentro de los que cabe incluir, por ejemplo, aparatos como el respirador artificial, el cual sustituye la función pulmonar; las máquinas de hemodiálisis, que sustituyen las funciones del riñón; las técnicas de hidratación y de alimentación artificial, que permiten reemplazar el funcionamiento del sistema digestivo; las técnicas de reanimación cardiaca mediante estimulación externa -que se conocen muy impropriadamente con el nombre de “resucitación”-, que permiten recuperar el funcionamiento del corazón; las técnicas de trasplante de órganos que permiten sustituir un órgano propio dañado por otro ajeno; entre otros ejemplos”.⁴⁸ Ambos tipos de definiciones no buscan hacer una distinción valorativa entre las distintas medidas de soporte vital, considerando a algunas imprescindibles y a otras no.

V. PROLONGACIÓN ARTIFICIAL DE LA VIDA

El fundamento de la opción permitida por la Ley al paciente, de someterse o no a tratamientos que puedan prolongar artificialmente la vida, radica en evitar el denominado empecinamiento terapéutico, y asegurar la “calidad de vida” en los momentos finales de ella. El proyecto elimina la restricción contenida en el

⁴⁷ MONZÓN MARÍN, JOSÉ; SARALEGUI, I.; ABIZANDA I CAMPOS, R.; CABRÉ PERICAS, L.; IRIBARREN, S.; MARTÍN, M.C.; MARTÍNEZ U., K.; “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”, *Revista de Medicina Intensiva*, 2008, Vol. 32, N° 3, p. 125.

⁴⁸ MÉNDEZ, VÍCTOR, *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*, Editorial Trotta, Madrid, 2001, p. 78.

art. 16 inc. 1, respecto a la imposibilidad que el rechazo al tratamiento tenga por objeto la aceleración artificial de la muerte. Se ha entendido que el empecinamiento terapéutico es la “persistencia o terquedad en la aplicación de medidas terapéuticas extraordinarias, las cuales pueden beneficiar a algunos enfermos, pero en otros son “fútiles” al no proporcionar ningún beneficio”.⁴⁹ Para evitar tal empecinamiento, lo que se ha propuesto es un examen de proporcionalidad en consideración al costo-beneficio que significan para el paciente, por una parte los tratamientos y medicamentos utilizados, y por el otro, lo innecesario que estos pueden llegar a resultar cuando los diagnósticos sugieren que estos no ayudan al enfermo.⁵⁰

En el inc. 1º del art. 16 de la Ley vigente, el intento de equilibrar entre el derecho de elección del paciente en estado terminal de no someterse a tratamientos que resulten innecesarios o que no reporten beneficios para su salud cuando la muerte es inexorable, encuentra su restricción en la imposibilidad de suprimir los tratamientos de soporte ordinarios. Como hemos indicado, la intención del legislador, muchas veces reiterada en la Historia de la Ley, fue la de prohibir la eutanasia en cualquiera de sus formas, y en este punto no permitir la eutanasia pasiva.⁵¹ Es interesante constatar además como en la Historia de la Ley, a pesar de los debates y tesis abiertamente pro-eutanasia, terminó imponiéndose la posición que intentó prohibirla en cualquiera de sus formas. Al art. 16 que analizamos, que en el momento de la discusión que destacamos era el art. 17,⁵² se le intentó añadir a la posibilidad de rechazar tratamientos para evitar la prolongación artificial de la vida, la expresión “de modo irracional o desproporcionado”, con lo cual se intentó, según se lee, permitir la desconexión voluntaria del respirador artificial, para asegurar la calidad de vida del paciente, en tanto este tratamiento se consideró precisamente irracional o desproporcionado y una forma de eutanasia pasiva, sin embargo tal intento fue finalmente rechazado.

La posibilidad de los pacientes de interrumpir o no someterse a tratamientos que prolonguen artificialmente su vida, tiene su correlato en la expresión “limitar el esfuerzo terapéutico”, que ha tenido un desarrollo importante por parte de la bioética. Ambas expresiones se utilizan como fórmulas válidas para poner fin al empecinamiento terapéutico. Se ha definido la limitación del esfuerzo terapéutico en términos de una “decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente”.⁵³

⁴⁹ GUTIÉRREZ SAMPERIO, César, “¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?”, *Revista Cirujano General (Ciudad de México)*, 2016, Vol. 38, N° 3, p. 121.

⁵⁰ GUTIÉRREZ, cit. (n. 49), p. 121.

⁵¹ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 185.

⁵² Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 182.

⁵³ FERNÁNDEZ, F.; BAIGORRI, F.; ARTIGAS, A., “Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos.

Para que tal criterio sea utilizado, debe existir por parte del personal médico tratante la certeza de que la implementación del tratamiento no repercutirá en beneficios para el paciente, lo cual debe entenderse en términos que el estado del paciente es irrecuperable a pesar de la aplicación de una determinada terapia. Por otro lado, la limitación del esfuerzo terapéutico recae sobre la no aplicación o interrupción de las medidas de soporte vital, o medidas extraordinarias, pero no implica dejar al paciente en el abandono, sino que implica el resguardo del confort y alivio.⁵⁴

La limitación del esfuerzo terapéutico se asocia a la decisión que de manera habitual deben tomar los cuerpos médicos en las unidades de cuidados intensivos. En tales unidades, estos problemas son vistos a diario por los profesionales médicos, quienes, en conjunto a los familiares del paciente, en caso que este se encuentre en estado de pérdida de conciencia, pueden llegar a tomar la decisión de retirar el tratamiento de soporte vital cuando no es recuperable la condición de salud del paciente y en cuyo caso se entiende que la causa de muerte es la propia enfermedad del paciente y no el retiro o no aplicación del tratamiento.

En la Historia de la Ley se hizo notar que de acuerdo a la redacción del inc. 1° del actual art. 16, el ejercicio del derecho a rechazar tratamientos por parte de pacientes terminales no solo tiene un límite en las medidas de soporte ordinario, sino que además queda circunscrito a las medidas que prolonguen artificialmente la vida, razón por la que no se podrían rechazar aquellos tratamientos que produzcan graves dolores, o aquellos que tengan pocas expectativas de éxito.⁵⁵ Nos parece que a partir de una interpretación literal se podría llegar a tal conclusión, sin embargo resulta errado sostener aquello. En primer lugar, en tanto que una de las finalidades para el legislador en tal primer inciso es evitar el empecinamiento terapéutico y por ello lo que se hace es explicitar el derecho del paciente a rechazar tratamientos que solo alarguen artificialmente su vida. Por otro lado, las limitantes al ejercicio del consentimiento informado están ya establecidas en lo que sigue del inciso –que hemos analizado con anterioridad– y no hay antecedentes que permitan sostener en tal punto una interpretación extensiva. Por lo demás no parece razonable ni acorde con la intención del legislador, que el paciente se vea impedido de rechazar o no someterse a tratamientos que puedan provocarle graves sufrimientos y que estos no tengan el carácter de ordinarios.

Según lo indicado, la prevención del empecinamiento terapéutico por medio de evitar la prolongación artificial de la vida, queda circunscrita a los tratamientos

¿Ha cambiado en el siglo XXI?”, *Revista de Medicina Intensiva*, 2005, Vol. 26, N°6, p. 338.

⁵⁴ PAREDES, María, “Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana”, *Acta Bioethica*, 2012, Vol. 18, N°2, p. 167.

⁵⁵ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 511.

extraordinarios. Sin embargo, a partir de la Historia de la Ley el criterio de diferencia entre ambos tipos de tratamientos es poco claro y hasta pasado por alto, razón por la cual, y como fácticamente ocurre de modo cotidiano en unidades de cuidado intensivo, son los propios profesionales médicos, quienes junto al paciente y sus familiares, con mayor o menor grado de claridad respecto del supuesto legal y ético detrás, determinan la suspensión o no aplicación de un determinado tratamiento de soporte vital.

VI. EL ALTA VOLUNTARIA Y FORZOSA

El artículo 18 de la Ley 20.584 establece que: “En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa”.

En general, lo dispuesto en tal artículo parece no considerar las limitantes a la interrupción de tratamientos de soporte vital ordinarios que establecen los artículos precedentes y que le proyecto mantiene. Ello sobre la base de una interpretación literal, en tanto no se hace referencia a la mencionada restricción, pudiendo el paciente en principio por medio del derecho al alta médica, interrumpir tratamientos de soporte ordinario.

Este artículo presenta dos tipos de altas médicas,⁵⁶ la voluntaria que es solicitada de manera expresa por el paciente, y el alta forzosa que es propuesta por el facultativo médico, consultada al comité de ética y declarada por la Dirección del establecimiento. Ambas tienen en común el considerar la voluntad del paciente en orden a interrumpir tratamientos o negarse a someterse a cuidados médicos. Tales supuestos por cierto que se sostienen en el derecho al consentimiento informado establecido en el art. 14.

En el alta forzosa, la negativa del paciente de someterse a tratamientos es examinada por el cuerpo médico y el comité de ética, pudiendo estos de manera obligatoria decretar el alta producto del comportamiento no “colaborativo” del paciente. Respecto a la hipótesis del alta voluntaria, como señalamos, esta no considera la imposibilidad de interrumpir tratamientos de soporte vital ordinarios, por lo que por esta vía el paciente podría interrumpirlos.

En la Historia de la Ley tal problema fue considerado por los legisladores,

⁵⁶ De acuerdo a la RAE, el “alta” es la “autorización que da el médico para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria” o en otros términos, “declarar curada a la persona que ha estado enferma”.

incluso por medio de indicaciones se intentó establecer en más de una ocasión que por medio del alta voluntaria no podía rechazarse por el paciente las medidas ordinarias, sin embargo tales intentos no fueron considerados y el texto definitivo no establece tales restricciones. Así, por ejemplo se lee que se propuso “intercalar, a continuación de las palabras “alta voluntaria”, las frases “a menos que dicha alta constituya la negación de un tratamiento médico que deba ser considerado vital y ordinario, considerando la situación particular del paciente””.⁵⁷ Tales indicaciones fueron rechazadas “porque la Comisión estimó que se apartan del lineamiento ya adoptado por ella sobre la materia”.⁵⁸ Se señaló también “que la persona siempre puede pedir el alta. No es posible privar a la persona de esa posibilidad”.⁵⁹

De este modo en una situación hipotética en que un paciente se encuentra hospitalizado producto de una enfermedad que inevitablemente le conducirá a una muerte próxima, puede pedir el alta voluntaria, y con ello volver a su hogar y morir allí, interrumpiendo cualquier medida de soporte vital. La hospitalización no es entendida como obligatoria, de serlo, sería una forma de empecinamiento terapéutico. No podría por tanto imponérsele de manera forzosa, alguna de estas medidas, como la nutrición mediante suero o la hidratación. En tal sentido, se reconocería la autonomía del paciente sin restricciones ni deberes por parte de los establecimientos de salud. De tal modo, como algunos han sostenido, se trataría no de un derecho, sino un privilegio,⁶⁰ ante la ausencia de un deber correlativo frente a tal libertad del paciente.

Nos parece que permitir el alta voluntaria del paciente con consecuencias como dejar que este fallezca en su hogar producto de su estado de salud terminal, guarda relación con aprobar que la muerte se produzca en un contexto de intimidad, afecto y cercanía, al poder la persona estar rodeada de sus seres queridos y en la cotidianidad del hogar. No permitir tal posibilidad sería obligar al paciente a pasar sus últimos momentos en el contexto de la frialdad hospitalaria, posiblemente solo, rodeado de aparatos técnicos, entubado. De tal modo que no es posible prohibir al paciente en tal contexto el alta voluntaria. Hacerlo significa un atentado a la idea de vivir con dignidad hasta el momento de la muerte que es reconocida en el inc. 4 del art. 16 de la Ley.

⁵⁷ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 335 y 606. Se lee en las indicaciones n° 39 y 40 respecto al alta voluntaria: “De los Honorables Senadores señora Matthei y señores Larraín y Novoa, para sustituirlo por un artículo que adiciona aquel que fuera aprobado en general, en el sentido de exigir que el tratamiento que se rechaza sea eventualmente desproporcionado, lo cual excluye la posibilidad de que el paciente lo rechace sin requisito o condición”. Indicaciones que también fueron rechazadas.

⁵⁸ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 606.

⁵⁹ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 406.

⁶⁰ FIGUEROA, cit. (n. 4), p. 1347.

Respecto del alta forzosa, puede darse una situación en que el paciente vea anulado su derecho al consentimiento informado.⁶¹ Si el paciente por su voluntad no quiere someterse a tratamientos que le son prescritos por el facultativo médico, este, previa consulta con el comité de ética y con el Director del establecimiento, puede decretar esta alta forzosa, no posibilitando con ello tratamientos alternativos cuando ello sea posible. Tal situación excepcional podría llegar a ocurrir. Resulta casi una sanción al ejercicio mismo del consentimiento informado, cuando el paciente no acepta un determinado tratamiento, el que este pueda ser dado de alta de modo forzoso.

El ejercicio tanto del alta voluntaria como de la forzosa no implicar que los pacientes sean desprovistos de los cuidados paliativos que permiten hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a que tienen derecho en virtud de la Ley de cuidados paliativos. La posibilidad que la persona tanto de manera voluntaria como forzosa sea trasladada a su hogar no impide que pueda seguir utilizando tales tratamientos. El paciente que se encuentra frente a una muerte próxima es en muchas ocasiones trasladado a su hogar, por su propia voluntad o por decisión del facultativo, sin que por ello le sean desprovistos los tratamientos paliativos.⁶² Lo contrario sería una infracción a este derecho y el paciente se encontraría habilitado para utilizar el procedimiento del art. 37 en caso de infracción a alguno de los derechos de esta Ley.

VII. LA OPINIÓN DEL MÉDICO Y LOS COMITÉS DE ÉTICA

La Ley 20.584 en su art. 17 prevé consultas que deben ser realizadas por el médico tratante en caso de “dudas” al comité de ética del establecimiento, frente a distintos supuestos que se pueden suscitar producto del ejercicio del consentimiento informado. La incorporación de los comités de ética a los establecimientos asistenciales tuvo desde un inicio el objetivo de permitir el asesoramiento especializado tanto a los pacientes como al personal médico, enfermeras o jefes de servicios, en asuntos que implican decisiones bioéticas complejas, como objetivos terapéuticos, opiniones distintas frente a tratamientos diversos, tratamientos que no se ajustan a los valores del paciente, o que el tratamiento propuesto no fuese una práctica habitual.

⁶¹ FIGUEROA, cit. (n. 4), p. 1349.

⁶² Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 16. “el rechazo de tratamientos en estas circunstancias, no puede implicar la renuncia al derecho a recibir los cuidados paliativos que permitan a la persona hacer más soportables los efectos de su enfermedad, ni a la compañía de sus familiares y personas que estén a su cuidado, como tampoco a recibir, cuando lo requiera, asistencia espiritual.

En la discusión en el Congreso se consideró que este órgano tuviese algunas facultades resolutivas,⁶³ sin embargo nada de ello fue aprobado. Es por tal razón que la opinión emitida por el comité tiene un alcance limitado, al ser esta sólo una recomendación no vinculante. En términos generales, las opiniones que emiten los comités son sólo una ayuda para que sea tomada una decisión mejor, no reemplazando ni disminuyendo la responsabilidad del profesional médico.⁶⁴ El profesional médico no decide sólo frente a un caso complejo, sino junto al equipo médico, y de ser necesario teniendo en consideración la recomendación del comité. Por otro lado, si un caso determinado llega a judicializarse, tal opinión podría llegar a tener un valor similar al de un peritaje.

De acuerdo al art. 17 inc. 1 y 2 de la Ley 20.584, las hipótesis en las cuales el médico debe solicitar la opinión del comité de ética son las siguientes: 1) Cuando existen dudas respecto de la competencia de la persona; 2) Cuando la decisión tomada por el paciente o sus representantes exponen a este a graves daños sobre su salud o al riesgo de morir; 3) Cuando la insistencia en la indicación de tratamientos es rechazada por el paciente; y 4) Cuando la limitación del esfuerzo terapéutico es rechazada por el paciente o sus representantes legales. De acuerdo al inc. 3 de este artículo, la opinión expresada por el comité no es vinculante y significa sólo una recomendación, y se exonera a sus integrantes de responsabilidad civil y penal. En el inc. 5 se establece la hipótesis en que el médico tratante estuviese en desacuerdo con la voluntad manifestada del paciente, en cuyo caso se le habilita para dejar de estar a cargo del caso si lo requiere, debiendo otro profesional calificado ocupar su posición, de tal modo que el médico no se encuentra obligado a aceptar la voluntad del paciente.

El proyecto de Ley añade al art. 20 regulación referida al actuar de los Comités en los casos de AMM. Se señala en el art. 20 A que es facultad del médico la solicitud de pronunciamiento del Comité en caso de que un paciente requiera AMM, y por tanto dicho pronunciamiento no tiene el carácter de obligatorio. El carácter facultativo tiene a la vista la posible necesidad del médico de contar con respaldo respecto de decisiones sobre el final de la vida de pacientes. De este modo, respecto de casos en que la decisión del paciente puede comprometer su vida, como puede ser la solicitud de suspender un tratamiento, o la AMM, el pronunciamiento del Comité sólo constituye una orientación para el médico tratante como también para la dirección del establecimiento.

⁶³ Historia de la Ley 20.584, cit. (n. 5), p. 77.

⁶⁴ COUCEIRO, Azucena; BECA, Juan, "Los comités de ética asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes", *Revista Médica de Chile*, 2006, Vol. 134, N° 4.

VIII. CONCLUSIÓN

La asistencia médica para morir es el principal derecho que busca incorporar el proyecto de Ley sobre muerte digna y cuidados paliativos, lo que constituye un nuevo impulso en el respeto de la autonomía del paciente, un nuevo cambio en la regulación de las relaciones médico-paciente y un cambio en la deontología médica. Su incorporación implica la eliminación de las restricciones impuestas por la Ley 20.584 a la decisión del paciente terminal sobre el rechazo de tratamientos, la realización de prácticas eutanasicas y el auxilio médico al suicidio. El proyecto no resuelve de forma clara si el médico tratante está habilitado para realizar la acción final o el suministro de la sustancia letal, en tanto la definición que ofrece el proyecto establece que es el paciente quien debe “autoadministrarse” tal sustancia, excluyendo la posibilidad que sea el médico, mientras que por otro lado se despenaliza al profesional sanitario que “hubiere practicado” una AMM. El proyecto define el concepto de estado de salud terminal, y junto con ello establece un catálogo de requisitos necesarios para la efectiva aplicación del AMM, no hace referencia sin embargo a qué debe entenderse por dolor o sufrimiento.

Si bien se eliminan en general las restricciones al rechazo de tratamientos por parte del paciente terminal que impliquen la aceleración de la muerte, se mantiene a nuestro juicio de modo poco coherente la limitación respecto a la imposibilidad de retiro de las medidas de soporte ordinario. La distinción legal entre medidas ordinarias y extraordinarias es a nuestro parecer arbitraria, en tanto discrimina en último término respecto del tipo de enfermedad que enfermo padezca. No es consistente la mantención de esta limitante.

La posibilidad que tiene el paciente en estado terminal, e incluso aquel que no se encuentra en tal estado de solicitar el alta voluntaria, nos parece que guarda relación con el carácter humanitario que hay detrás de tal medida. Se permite que la persona pueda vivir sus últimos momentos en la intimidad de su hogar, junto a su núcleo familiar, sus seres cercanos y no necesariamente en la frialdad del recinto hospitalario. Ello implica e incluye, por tanto, la suspensión de tratamientos ordinarios. El alta forzosa, según vimos, puede llegar a causar la anulación del derecho al consentimiento informado, ya que tiene incluso el carácter de una sanción por cuanto el paciente se rehúsa a someterse a un tratamiento, por lo cual el médico, en consulta con el comité de ética y el director del centro médico, pueden decretar tal alta forzada. En casos de alta voluntaria y forzosa no es una facultad del establecimiento asistencial dejar de suministrar los cuidados paliativos. Dejar de utilizarlos es sólo una prerrogativa del paciente.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

a) Doctrina

AGUILAR, Baltazar, “Dolor y sufrimiento en medicina”, *Revista Uruguaya de Cardiología*, 2016, Vol. 31, N° 1, pp. 10-14.

BUSTA, Cristián, “Narrativas del Dolor entre Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia en Santiago de Chile”, *Revista El Dolor (Asoc. Chilena para el Estudio del Dolor)*, 2021, Vol. 74, pp. 10-16.

COUCEIRO, Azucena; BECA, Juan, “Los comités de ética asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes”, *Revista Médica de Chile*, 2006, Vol. 134, N° 4, pp. 517-519.

FERNÁNDEZ, F.; BAIGORRI, F.; ARTIGAS, A., “Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?”, *Revista de Medicina Intensiva*, 2005, Vol. 26, N°6.

FIGUEROA, Rodolfo, “Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes”, *Revista Médica de Chile*, 2012, Vol. 140, N° 10, pp. 1347-1351.

GÓMEZ-SANCHO, Marcos; ALTISENT-TROTA, Rogelio, “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, *Gaceta Médica de Bilbao*, 2015, Vol. 112, N° 4, pp. 216-218.

GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “El enfermo terminal”, *Revista Médica de Chile*, 2000, Vol. 128, N°5, pp. 547-552.

GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento”, *Revista Médica de Chile*, 2003, Vol. 131, N° 6, pp. 689-696.

GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO “Eutanasia y acto médico”, *Revista Médica de Chile*, 2011, Vol. 139, N° 5, pp. 642-654.

GUTIÉRREZ SAMPERIO, César, “¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?”, *Revista Cirujano General (Ciudad de México)*, 2016, Vol. 38, N° 3, pp. 121-122.

LAFUENTE, Fernando, “El estado vegetativo”, en: ZURRIARÁIN, Roberto, “*Cuidar cuando no es posible curar. Los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado*”. Ediciones Universidad de la Rioja, 2011, 1ª edición, disponible en línea: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3690046>, consultado el 14-01-2023.

LEÓN, Francisco, “Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. Una mirada bioética”, *Revista Médica de Chile*, 2012, Vol. 140, n° 11, pp. 1490-1494.

LÓPEZ, Eleonora; RODRÍGUEZ, Adrián; PÉREZ, Cándido, “Los derechos humanos al final de la vida. Avances y retrocesos jurídicos en México”, *Revista Internacional de Derechos Humanos*, 2015, N°5, pp. 101-120.

MACÍA HERAS, Manuel, “Insuficiencia renal crónica terminal: una expresión poco «adecuada»”, *Revista Nefrología*, 2022, Vol. 22, N°3, pp. 296-297.

MONZÓN MARÍN, José; SARALEGUI, I.; ABIZANDA I CAMPOS, R.; CABRÉ PERICAS, L.; IRIBARREN, S.; MARTÍN, M.C.; MARTÍNEZ U., K.; “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”, *Revista de Medicina Intensiva*, 2008, Vol. 32, N° 3, pp. 121-133.

MARTÍNEZ, Juan, “El derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir: un debate desde la Bioética y el Derecho”, *Revista de Bioética y Derecho Universitat de Barcelona*,

2022, N° 54, pp. 233-250.

MÉNDEZ, Víctor, *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*, Editorial Trotta, Madrid, 2001.

MOREIRA, Marcelo; OLIVEIRA, Larissa; PEREIRA, Isabela; THOMAZ, Gabriela, “Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente”, *Revista de Bioética*, 2020, Vol. 28, N° 2, pp. 249-256.

MUÑOZ, Gabriel, “Algunas consideraciones del final de la vida en Chile, a propósito del proyecto de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos”, *Revista de Derecho (Valdivia)*, 2022, Vol. 35, N° 1, pp. 37-57.

ORDÓÑEZ, Norma; SÁNCHEZ, Mariana, “La beneficencia del médico en el tratamiento del enfermo con cáncer terminal desde la experiencia familiar”, *Acta Bioethica*, 2018, Vol. 24; N°1, pp. 57-65.

PAREDES, María, “Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana”, *Acta Bioethica*, 2012, Vol. 18, N°2, pp. 163-171.

TARAZONA-FERNÁNDEZ, Augusto; RAUCH-SÁNCHEZ, Erik; HERRERA ALANIA, Edén, “¿Enfermedad prolongada o secuela pos-COVID-19?”, *Revista Acta Médica Peruana*, 2020, Vol. 37, N° 4, pp. 565-570.

VALERA, Luca; RAMOS, Paulina; PÉREZ, Iván, “Comentarios al proyecto de ley ‘Muerte digna y cuidados paliativos’”, *Revista Médica de Chile*, 2021, Vol. 149, N° 7, pp. 1075-1080.

VIDAL, Javier, “Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás”, *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 2020, Vol. 27, N° 4.

VIVANCO, Ángela, *Curso de Derecho Constitucional*, Eds. Universidad Católica de Chile, Santiago, 2007, 2ª ed. ampliada.

VIVANCO, Ángela, *Disposición sobre la vida humana y principios constitucionales: Análisis del caso chileno*, Ediciones Universidad Santo Tomás, Santiago de Chile, 2014, 1ª ed.

b) Legislación

Ley 20.584, Sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, 2012.

Ley 21.375, Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, 2021.

Ley Orgánica 3/2021, Regulación de la Eutanasia en España, 2021.

c) Otros documentos

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (Eds.), *Historia de la Ley 20.584*, que regula los derechos y deberes de los pacientes en relación a las acciones de salud, BCN, Valparaíso, 2012.

BUIGUES, FRANCISCO, TORRES, JORDI, MAS SESÉ, GEMMA; FEMENÍA, MIGUEL; BAYDAL, ROSARIO, “Paciente terminal: Guía de Actuación Clínica en A. P.”, Generalitat Valenciana

- Conselleria de Sanitat, 2010, disponible en línea: <https://docplayer.es/1383993-Paciente-terminal-guia-de-actuacion-clinica-en-a-p-autores.html>, consultado el 16-01-2023.

CAMPS, Victoria, “Los fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas”, 2004, comentario disponible en línea: <https://www.bioeticaweb.com/los-fines-de-la-medicina-el-establecimiento-de-unas-prioridades-nuevas/>, consultado el 12 de enero de 2023.

FACULTAD DE MEDICINA P. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (Eds.), “Dignidad de la persona enferma al final de su vida: Reflexión de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile”, Julio de 2018, disponible en línea: <https://bit.ly/3dSzbLc>, consultado el 10 de enero de 2023.

JUAN PABLO II, “Discurso del S.P. Juan Pablo II al décimo grupo de obispos estadounidenses en visita ‘Ad Limina’”, 1998, disponible en línea: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1998/october/documents/hf_jp-ii_spe_19981002_ad-limina-usa.html, consultado el 24 de noviembre de 2022.

JUAN PABLO II, “Discurso del S.P. Juan Pablo II a los participantes de un congreso sobre “tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo”, 2004, disponible en línea: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc.html, consultado el 24 de noviembre de 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Cuidados Paliativos. Definición de cuidados paliativos”, disponible en: <https://bit.ly/3sVoITH>, consultado el 10-01-2023.

SENADO DE CHILE, “Proyecto de Ley de muerte digna y cuidados paliativos”, Oficio N° 16.490, 20 de abril de 2021, disponible en línea: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=28364&prmTIPO=OFICIOPLEY>.

ZÚÑIGA, Alejandra, “La nueva Ley de Derechos del Paciente: del modelo de la beneficencia al modelo de la autonomía”, (Carta al Editor), *Revista Médica de Chile*, 2012, Vol. 141, n° 1, pp.123-124.

