

Análisis crítico del proyecto de ley sobre eutanasia y sus antecedentes legislativos

COMENTARIO:

Julio Alvear Téllez

Profesor Facultad de Derecho

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Hugo Fábrega Vega

Profesor Ayudante Facultad de Derecho

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

I. Introducción

Con fecha 11 de mayo de 2006, los diputados Fulvio Rossi y Juan Bustos, compartiendo autoría y patrocinio con los parlamentarios De Urresti, Díaz, Pacheco, Pascal, Sunico, Allende y Tohá, todos del Partido Socialista, presentaron una moción parlamentaria ante la Cámara de Diputados, que busca otorgar el derecho de los pacientes terminales a acelerar su muerte para evitar el sufrimiento físico.

El nombre del proyecto de ley es sintomático: *"Regulación Legal de la Eutanasia en Chile"*.¹ Se compone de dos artículos: el 1º, que modifica el Código Sanitario, agregando un nuevo Título a su actual Libro I, que trata *"De la Protección y Promoción de la Salud"*; y el 2º, que sustituye el actual artículo 393, que actualmente tipifica y sanciona el delito de auxilio al suicidio.

¹ Boletín N° 4201-11, de 11 de mayo de 2006

II. Antecedentes legislativos del proyecto

La propuesta en análisis no goza de originalidad. A iniciativa de parlamentarios del PS y del PPD, solo en el lustro comprendido entre los años 2001 y 2006 se intentó legislar sobre la materia en tres oportunidades:

a) La primera, a instancias de la entonces Ministra de Salud y actual Presidenta de la República Michelle Bachelet, a propósito de la tramitación de la reforma a la salud, más conocida como "Plan AUGE" (Acceso Universal para Prestaciones Integrales y Garantías Explícitas Asociadas a la Atención de Prioridades").

La composición general primitiva del AUGE se incluía en cinco proyectos de ley que fueron integrados al trabajo legislativo el año 2001, por iniciativa del Presidente de la República Ricardo Lagos. Uno de estos proyectos (Boletín N° 2727-11, de la Cámara de Diputados, sobre Derechos y Deberes de los Pacientes) contemplaba un artículo que establecía que *"todo paciente que sufra una enfermedad incurable o progresivamente letal que le cause un padecer insufrible en lo físico y que se le representa como imposible de soportar, podrá solicitar por razones humanitarias, y de conformidad a las normas que esta ley establece, que la muerte le sea provocada deliberadamente por un médico cirujano"*.

Dada la polémica causada por esta disposición, fue retirada el año 2002 para no atrasar la reforma de la salud. No obstante, ello afectó en definitiva todo el proceso de su formación legal. Y el año 2004, el Gobierno decidió retirar la urgencia a su tramitación. Posteriormente, una semana antes de dejar su cargo, el Presidente de la República solicitó a la Cámara de Diputados el archivo del proyecto.² En sesión de fecha 20 de abril del año 2006, y en respuesta al oficio presidencial, los diputados procedieron a archivar los antecedentes.

b) El segundo proyecto de ley sobre la eutanasia fue presentado a instancias del senador Nelson Ávila el año 2004 (Boletín N° 4201-11, del 5 de octubre de 2004). El documento, esquemáticamente muy parecido al actual de los diputados Rossi y Bustos, fue desechado el año 2005, al no contar con el apoyo político necesario para legislar sobre el tema.

c) Por último, el tercer proyecto de ley sobre eutanasia es de autoría del actual senador Guido Girardi. A mediados del año 2005, presentó una indicación al entonces proyecto de ley sobre derechos y deberes de los pacientes, a fin de que se permitiera el derecho a toda persona a ir a una notaría y definir ante la ley, aun estando sano, cuáles eran los cuidados y tratamientos a los cuales estaría dispuesto a someterse en caso de enfermedades graves. Este proyecto, llamado de "Muerte Digna", que además contenía un artículo

² Oficio N° 549-353, de 6 de marzo de 2006.

sobre "Testamento Vital", tuvo repercusiones ampliadas en la prensa, pero escaso apoyo en la Cámara de Diputados, por lo que a su respecto ni siquiera se aprobó la idea de legislar.

III. Exposición del contenido doctrinario del proyecto de ley

El actual proyecto de ley ha sido acompañado de lo que pretende ser una enjundiosa exposición de motivos, que es la que a continuación analizaremos.

Se inicia la justificación del proyecto delimitando la figura de la eutanasia a través de (1) su etimología, (2) su definición, (3) su uso vulgar, y (4) su utilización en las ciencias jurídicas, especialmente en el Derecho Penal. El orden y la numeración son nuestros, para facilitar el análisis. Veámoslo:

(1) Etimológicamente, la palabra eutanasia proviene de dos palabras griegas: eu, que significa "bien", "bueno", y thánatos, que significa "muerte", así la eutanasia comprendería el "buen morir", la "muerte feliz", "la agonía buena y dulce", la "muerte suave o dulce", en fin, una muerte sin dolor ni padecimientos. El vocablo fue utilizado por el inglés Francis Bacon cuando en su libro Historia vital et mortis analizó el problema del tratamiento de las enfermedades incurables (que según Bacon no es otro que la eutanasia).

(2) La Real Academia Española la define como "Muerte sin sufrimiento físico".

(3) El significado común en nuestra sociedad es el de muerte anticipada de una persona que sufre, generalmente por parte de un médico.

(4) No lejos de aquello –modernamente–, en la doctrina penal, el profesor ROXIN, enseña que "por eutanasia se entiende la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia con sus propias convicciones".

Los autores del proyecto ya en sus inicios rebasan el trato científico de la figura sobre la eutanasia. Los puntos (2) y (3) son presentados de tal modo que no aparece uno de los elementos esenciales de ésta, cual es el que se ejerza sobre un moribundo. Por ejemplo, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la eutanasia como "la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico. Cuando se habla de una ley de eutanasia se está hablando de una legislación según la cual no existiría impedimento

*legal, bajo determinadas condiciones, para esta práctica dentro del ejercicio de la medicina, en contra de lo que ha sido su ética tradicional”.*³

En el punto (4) se reproduce la definición de Roxin como si fuera la noción rigurosa aceptada por las ciencias del derecho moderno, cuando en realidad se trata de una noción aproximativa, que no delimita otro elemento esencial: la naturaleza de las “convicciones” que justificarían, para sus partidarios, la eutanasia.

A continuación, los redactores del proyecto proceden sin más a clasificar la eutanasia, como si ya hubieran agotado las distintas facetas de su concepto. Da la impresión de estar frente a una breve reseña periodística más que a una rigurosa exposición de motivos. De cualquier manera, dan un paso al frente, y categorizan la eutanasia, primero, (5) como amplia y estricta, y luego, (6) como activa y pasiva:

(5) Además, se puede diferenciar entre eutanasia en sentido amplio y estricto. La eutanasia en sentido estricto existe cuando la ayuda es suministrada después de que el suceso mortal haya comenzado, por lo que la muerte está próxima con o sin tal ayuda. En un sentido amplio puede hablarse también de eutanasia cuando alguien colabora a la muerte de una persona que, en realidad, podría vivir todavía por más tiempo, pero que quiere poner fin –real o presuntamente– a una vida que le resulta insostenible por causa de una enfermedad. De esta manera la dogmática jurídica penal ha distinguido tradicionalmente entre eutanasia pasiva y activa.

Hay aquí una confusión en la redacción de lo que denominan eutanasia amplia y estricta, de tal manera que el lector no sabe bien cuando termina el proceso puramente médico de asistencia al enfermo y cuando se inician los problemas éticos de licitud o ilicitud de la eutanasia. La clasificación más confunde que aclara.

En realidad, los problemas éticos que se discuten a propósito de la eutanasia, tanto por sus detractores como por sus sostenedores, se dan en dos dimensiones de las posibilidades médicas del tratamiento de un paciente moribundo, que, expuestas grosso modo, son las siguientes: (a) la legitimidad o ilegitimidad de omitir la utilización de medios extraordinarios para mantener la vida de un paciente cuya enfermedad lo lleva ordinariamente a la muerte, (b) la legitimidad o ilegitimidad de auxiliar activamente a un paciente a fin de dar término anticipado a su vida, por causa de los dolores físicos o morales que invoca.

La discusión sobre la eutanasia es clara: se reduce al segundo caso. La legitimidad del primero, dadas ciertas circunstancias de razonabilidad y proporción, no

³ Cfr. “Declaración sobre la Eutanasia”, en “Medicina paliativa”, órgano de la SECPAL, Vol. 9: N.º 1; 37-40, 2002. N.º 3.1

se discute ni siquiera por parte de la Iglesia Católica. La primera situación no corresponde propiamente al debate sobre la eutanasia, ni corresponde incluirla en un proyecto de ley sobre el tema.

Igual de oscura es la redacción de las denominadas eutanasia activa y eutanasia pasiva. Pero con una grave prevención. Si en la delimitación de la noción de eutanasia (1-4) la exposición de motivos es minúscula, en la siguiente clasificación es opípara, hasta la impertinencia. Revisémosla:

(6) Así, estamos en presencia de eutanasia pasiva cuando una persona –normalmente el médico o sus ayudantes, aunque también algún pariente– que se encuentra al cuidado de otra omite alargar una vida que está tocando a su fin. Se renuncia a una operación o a un tratamiento intensivo que habría posibilitado al paciente una vida algo más larga y que para los efectos de su tratamiento jurídico y eventualmente legislativo se deben diferenciar tres posibilidades:

1) La primera posibilidad es (la) omisión de medidas que alargan la vida (y) puede suceder de acuerdo con el deseo del paciente. En tales supuestos la situación jurídica es, en principio, clara. El hecho queda impune, pues resulta inadmisibles tratar a un paciente en contra de su voluntad. Por tanto, si alguien con motivo de un proceso canceroso rehúsa una operación que le alarga la vida (como, por ejemplo, en el caso ampliamente discutido y doctrinalmente muy documentado del profesor de Derecho Penal Peter Noll), ésta no debe llevarse a efecto;

2) La segunda posibilidad es (la) omisión de medidas que alargan la vida (y) puede suceder en contra de su voluntad. En este caso contrario donde el tratamiento, o la continuación del mismo no tiene lugar, a pesar de que el paciente lo desea, existe un homicidio omisivo, puesto que la inactividad ha conducido al paciente a la muerte o a una muerte temprana. El omitente ocupa una posición de garante, como por lo general es el caso de los médicos o los parientes, y en el caso en que no exista posición de garante siempre puede entrar en juego la punibilidad por una omisión del deber de socorro. De este modo, por ejemplo, el paciente debe ser llevado a la unidad de cuidados intensivos cuando así lo desee, siempre que con la misma pueda conseguirse alargar la vida, y aunque, en la práctica, ello no le suponga mejoría de ningún tipo.

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

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

Ahora bien, de acuerdo con la opinión completamente indiscutida y dominante, tanto de *lege lata* como de *lege ferenda*, la eutanasia activa, en el sentido de dar muerte a un moribundo o persona gravemente enferma, es inadmisibles y punible de conformidad con el Derecho comparado. Ejemplo de esto es el § 216 del Código Penal Alemán, que castiga con una pena atenuada el homicidio a petición. Debe quedar claro desde un primer momento que este principio rige con sólo tres limitaciones. La primera de ellas reside en la eutanasia indirecta, que supone una muerte activa en el marco de una terapia contra el dolor. La segunda consiste en la interrupción técnica del tratamiento cuando presupone un comportamiento activo determinado, que debe ser valorado desde el punto de vista del acontecimiento completo como una omisión. La tercera y trascendental limitación reside en la impunidad de la eutanasia activa, cuando ésta consiste en una complicidad en el suicidio. En esta hipótesis, de conformidad con el Derecho alemán —a diferencia de lo que sucede en muchos otros ordenamientos jurídicos—, la complicidad en el suicidio es impune. Toda complicidad presupone un hecho principal antijurídico del autor. Dado que el suicidio no resulta abarcado por el tipo de los delitos de homicidio, por presuponer siempre la muerte de otro, tampoco hay complicidad en un delito inexistente. De este modo, no puede ser responsabilizado penalmente quien posibilita la muerte libre de otra persona que padece graves sufrimientos y que quiere acabar con su vida, poniéndole a su disposición veneno o una pistola. El caso más expresivo de la jurisprudencia es el del médico Hackethal, quien en el año 1984 había dado veneno (cianuro potásico) a una mujer gravemente enferma que padecía un cáncer incurable que se le extendía por el cerebro. La paciente se bebió el veneno mezclado con agua, a consecuencia de lo cual falleció al poco tiempo de modo apacible sin indicios de agonía. La acusación formulada por la Fiscalía por un homicidio a petición (§ 216 Código Penal Alemán) fue desestimada tanto por el Tribunal de Traunstein como por el Superior de Munich.

Las modernas tendencias en materia de deontología médica sitúan “el derecho de autodeterminación del paciente en primer plano y, como ya hemos visto, parecen

coincidir en que pertenece al deber del facultativo de ayudar a morir dignamente la posibilidad de realizar conductas u omisiones correspondientes a la eutanasia indirecta y a la eutanasia pasiva; existe un criterio predominante, expresado en los sistemas legales de la mayoría de los países, en el sentido de mantener la ilicitud penal de la eutanasia activa”.

Es curioso. Si se leen con atención, uno tras otro, los párrafos precedentes, no se encuentra una línea argumental que permita arribar a la conclusión que se invoca al final: *“el derecho de autodeterminación del paciente en primer plano”*.

En cuanto a la forma, lo transcrito (6) es un conjunto abigarrado de subclasificaciones, casos judiciales, citas de legislación comparada, opiniones personales, en ocasiones sin pertinencia suficiente. Por ejemplo, se habla del *“Tribunal Supremo Federal”* sin indicación precisa de su origen. Da la impresión de que se están reproduciendo párrafos de un libro, y se adjuntan sin ton ni son, a modo de comentario adicional de diversas tesis de derecho penal alemán.

No es, como sabemos, la exposición de motivos de un proyecto de ley el lugar adecuado para meditaciones teóricas de cátedra sobre cuestiones de derecho penal especial. No es necesario. Es más simple. También más técnico. En cualquier caso más razonable: se trata de enunciar claramente las razones que fundamentan el proyecto de ley. Y eso, quizás por la premura, aparece envuelto en un exceso infundado.

En cuanto al fondo, no hay ningún argumento que permita apreciar la conveniencia de legislar sobre la base del *“derecho de autodeterminación del paciente en primer plano”*, ni se señala el quid y las condiciones de esa presupuesta facultad, de suyo tan indeterminada. Tampoco se dan luces teóricas suficientes sobre los vínculos doctrinarios que unirían el fundamento de legitimidad de la eutanasia en su sentido propio con la referida *“autodeterminación”*. De igual manera, no se esclarece, para efectos legislativos, la naturaleza de tal derecho, ni se avanza en eventuales propuestas de armonización respecto de eventuales conflictos con otros derechos, incluso de categoría constitucional, como el derecho a la vida.

A mayor abundamiento, los autores del proyecto omiten conceptos científicos básicos, aplicando sin nitidez el término eutanasia *“amplia”*, *“pasiva”*, a situaciones análogas a la que la ciencia médica actual denomina *“tratamientos paliativos”*, *“ensañamiento”*, etc., y que corresponden a una perspectiva médica, ética y jurídica *específicamente* distinta a la de la eutanasia. Aquí, en cambio, parafraseando un adagio popular, se mete todo en un mismo *“saco”*, con una falta de rigor digna de ser recordada.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos sostiene que la obstinación, ensañamiento o encarnizamiento médico son *"aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información. Detrás de la obstinación médica se suelen encontrar dos causas principales: el déficit de competencia profesional y la desviación del auténtico fin de la medicina hacia otros intereses que no son los del paciente (científicos, políticos, económicos, sociales, etc.). En cualquier caso nos encontramos ante una conducta que siempre se ha considerado y se sigue considerando como contraria a la ética profesional"*.⁴

Sobre los cuidados afirma: *"El objetivo prioritario de los cuidados paliativos es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento. El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está contemplado en el ámbito de la ciencia moral y se considera aceptable de acuerdo con el llamado "principio de doble efecto". Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y, si bien puede plantear dilemas éticos, se pueden encontrar soluciones con el adecuado asesoramiento ético, sin que sea necesario judicializar la cuestión"*.⁵

Respecto de la elección y renuncia a los tratamientos, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos manifiesta: *"la persona con una enfermedad grave, probablemente irreversible o de muy difícil curación, puede optar por los tratamientos que en su medio se consideren proporcionados, pudiendo rechazar responsablemente medios excepcionales, desproporcionados o alternativas terapéuticas con probabilidades de éxito dudosas. Esta actitud del paciente debe ser respetada y no puede confundirse con una conducta suicida. Éste es un criterio ético clásico, que viene además recogido en la Carta de los Derechos del Paciente en España (Ley General de Sanidad) y en la Deontología Médica"*.⁶

Por otro lado, la noción de "eutanasia pasiva" que utilizan los redactores del proyecto chileno está siendo progresivamente abandonada por confusa. Citamos nuevamente la declaración de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: *"En el debate en torno a la eutanasia con frecuencia se ha recurrido al concepto de "eutanasia pasiva", que, aunque puede parecer atractivo a primera vista, resulta confuso cuando se realiza un análisis ético riguroso"*.

⁴ Ídem, N° 3.2.

⁵ Ídem, N° 3.3.

⁶ Ídem, N° 3.4.

“La eutanasia entendida como conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona enferma, por un motivo compasivo, puede producirse tanto mediante una acción como por una omisión. La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado. Tan eutanasia es inyectar un fármaco letal como omitir una medida terapéutica que estuviera correctamente indicada, cuando la intención y el resultado es terminar con la vida del enfermo. Esto es así tanto cuando se acepta como cuando se rechaza la eutanasia desde el punto de vista moral. Por tanto, el auténtico debate se centra en la aceptación moral y/o legal de la eutanasia sin que su carácter activo o pasivo tenga un significado sustancial”.

“Con frecuencia se observa en el debate público la argumentación en favor de una ley que permita la “eutanasia pasiva”, ya sea para defender al paciente frente al encarnizamiento médico, ya para respetar su derecho a rechazar tratamientos o para permitir terapias del dolor que puedan indirectamente acortar la vida. Pero es importante recordar que todas estas situaciones no son propiamente eutanasia y actualmente ya están contempladas en la deontología de las profesiones sanitarias con su correspondiente repercusión en el Derecho Público. De ahí nuestra insistencia en clarificar conceptos, pues sería un error legislar sobre términos equívocos”.

“Hablar de “eutanasia pasiva” es ambiguo y confuso porque supone clasificar conjuntamente dos situaciones de diferente naturaleza. Por un lado tenemos lo que se puede denominar como “permitir la muerte” (evitar el encarnizamiento médico, respetar el derecho a rechazar tratamientos), que no precisa de una nueva norma legal; y por otro lado tenemos la eutanasia, tal como se ha definido en el punto 3.1, cuya práctica no está permitida en la actual legislación”.

“Se pueden suscitar dudas a la hora de diferenciar el concepto “permitir la muerte” frente al de “eutanasia por omisión”, pero es posible establecer un criterio claro. La clave reside en la intención que preside la conducta médica. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable, sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias. De ahí que, por ejemplo, no haya objeciones éticas ni legales para emplear altas dosis de analgésicos en el tratamiento del dolor de un paciente en situación terminal, aunque esto pueda suponer de manera indirecta un adelanto de la muerte, cuando la intención del tratamiento no es provocarla. Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia”.⁷

⁷ Ídem. N°s 3.5, 3.6, 3.7.

A continuación, el proyecto de ley informa acerca de la historia legislativa de la eutanasia en nuestro país (7).

(7) 2. Historia legislativa. No existen muchas referencias en la materia, salvo una lectura constitucional del derecho a la vida presente en los derechos constitucionales de las Cartas de 1828, 1833, 1925 y 1980, así como la regulación de los pactos internacionales vigentes. Desde otro punto de vista, varios códigos del mundo asumieron su tratamiento como una hipótesis privilegiada de homicidio, el Código Penal chileno, cuya centenaria pervivencia asume desde sus orígenes la punición de las conductas auxiliaadoras del suicidio (art. 393), que incluso se mantiene –con una mejor redacción– en la propuesta legiferante del Ministerio de Justicia de 2005 (Foro penal, Anteproyecto de Código Penal/art. 84) e incluso en proyectos radicados, pero que no reflejan movimiento como el caso del proyecto de fecha 4 de octubre de 2004, presentado por el Senador Ávila (Boletín 3690-11), que al decir de su autor recoge aspectos esenciales del proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en materia de salud que el Ejecutivo ingresara a este Parlamento en junio de 2001, que han sido ilustrativos y que junto a los modelos comparados han servido de base al presente proyecto de ley”.

Permítaseme una breve indiscreción. La redacción de este párrafo asusta. Y además no es completa la historia legislativa que se reseña.

Prosigamos en temáticas más trascendentes. Bajo el título “Derecho Comparado” (8), se exploran algunas legislaciones actuales:

(8) 3. Derecho Comparado. En este punto la revisión de las legislaciones de la órbita comparada muestra las distintas formas en que se castiga o penaliza la eutanasia, pues su regulación va estrictamente relacionada con el tema.

3.1.1. México. En este sistema la eutanasia no tiene una regulación específica en el Código Penal, sin embargo, los supuestos de eutanasia activa o pasiva voluntaria son abarcados por el artículo 312 del Código Penal Federal del Distrito Federal, al señalar que “El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.

De este artículo se desprenden dos ideas: la primera de ellas a su vez se divide en dos hipótesis: a) prestar auxilio a otro para que se suicide y b) inducir a otro para que se suicide. Esta última se refiere al que presta auxilio al suicida al punto de ejecutar él mismo la muerte, es la figura del homicidio consentido o, como prefieren llamarlo otros, del homicidio suicidio. Y la segunda, por la cual el sujeto activo actúa con móviles piadosos, en beneficio de la víctima y con su consentimiento.

En forma clara esta legislación establece que el consentimiento del ofendido en el homicidio despliega sus efectos como causa específica de la atenuación de la pena. Esta atenuación está legislada en el artículo 52 del Código Penal, que dispone que el juez fijará las penas y medidas de seguridad que estime justas y procedentes dentro de los límites señalados para cada delito con base a la gravedad del delito y el grado de culpabilidad del agente, teniendo en cuenta entre otros aspectos los motivos que lo determinaron a delinquir y todas las condiciones especiales y personales en que se encontraba el agente al momento de la comisión del delito.

3.1.2. Colombia. En Colombia se ha tipificado como delito el homicidio por piedad de la siguiente manera, cuyo Código Penal en su artículo 326 señala: "El que matare por piedad, para ponerse sus intensos sufrimientos provenientes de la lesión corporal o enfermedad grave e incurable incurrirá en prisión de seis meses a tres años".

La Corte Constitucional recibió una acción de inconstitucionalidad sobre justamente este artículo, por la cual el demandante aducía lo inconstitucional de ese artículo por ir contra de los principios del derecho a la vida de la Constitución y como consecuencia se disminuía el valor de la vida de un enfermo incurable, al de una persona en perfecto estado de salud, como lo hacía el homicidio simple. La Corte concluyó que no se estaba violando la Constitución marcando un precedente (jurisprudencia) en este tema. Pero esto permitió que la Corte se diera cuenta de las consecuencias que podía tener el consentimiento de la víctima por los cuales resultaría una razón para despersonalizar la eutanasia si participa este factor.

3.1.3. Holanda. En la única parte donde se ha legislado la eutanasia es en los Países Bajos, pero una mirada breve a los artículos de su Código Penal que contemplan esta acción nos permitirá darnos cuenta de que en Holanda la eutanasia sigue penada, pero que si se cumple con estrictas condiciones de cuidado, hay excepciones en las cuales ofrecen al médico la posibilidad de ayudar a un paciente con una enfermedad terminal, insoportable; sin ninguna repercusión. Aquí se presentaron los dos artículos del Código Penal holandés, que fueron modificados a propósito de la nueva ley promulgada, llamada Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio:

Artículo 293. "El que quitare la vida a otra, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta".

"El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por médico que haya cumplido con los requisitos de cuidados recogidos en el artículo dos de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, y se lo haya comunicado al forense conforme al artículo 7 párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales".

Artículo 294. "El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta, se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo".

Hay que subrayar dos cosas primero, la legislación se centra en la petición del paciente. No basta la petición en sí. El médico tiene la obligación de determinar que no sólo existe la petición, sino también que la petición es: a) voluntaria y b) bien meditada. En este punto DORNEWAARD subraya "la importancia de la consulta con otro médico, pues antes de que el médico acceda a atender una petición de eutanasia, debe consultar con un médico independiente que no esté involucrado en el tratamiento del paciente". Se plantean varios problemas acerca de este hecho, el principal, el constitucional, el cual confronta la autonomía y voluntad de la persona en un derecho personalísimo como es la vida.

3.1.4. Perú. El artículo 112 del Código Penal peruano señala que "El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años".

3.1.5. Italia. El art. 579 considera una forma de homicidio el hecho que "causa la muerte de una persona con su consentimiento".

3.1.6 España. Exige para que opere la figura atenuada de homicidio el propósito del hechor de poner fin a los padecimientos de quien se halla en trance de muerte y la suplica en tal sentido a la víctima. Artículo 143.1: "El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este Artículo".

Los párrafos precedentes toman el cuidado de citar, con las debidas "atenuantes", algunos casos europeos controvertidos, en donde abiertamente se ha permitido la eutanasia propia. Sin embargo, se omite el hecho de que dichas legislaciones fueron dictadas para que la eutanasia opere con dinamismo propio sin que funcionen a su respecto los contrapesos penales que sirven de

“atenuantes”. Y han generado un proceso inicuo y singular de abandono de ancianos (“abuelito, si nos quieres, no seas nuestra carga, acógete a la eutanasia”), que, en Holanda, ya está siendo objeto de estudios.

Como este proyecto de ley es émulo de dichas legislaciones asustadoras, probablemente pareció más oportuno a sus redactores no detenerse mucho en el nudo de la cuestión: el que éstas en verdad son sus modelos ideales.

Finalmente, los autores del proyecto sintetizan su propuesta legislativa (9), con la misma ausencia de rigor con que han procedido:

(9) **4. Propuesta legislativa.** *La propuesta legislativa recoge las concepciones más modernas del derecho comparado estableciendo definiciones claras de la eutanasia, en sus variantes activa y pasiva, la regulación de los requisitos de procedencia, así como la posibilidad de un testamento vital por parte del paciente. Desde otra perspectiva deja claramente establecida la justificación de la conducta desde el punto de vista del derecho punitivo, cuando se cumplen con los requisitos, y establece una precisa regulación a los médicos desde el punto de vista ético. Dos son los grupos de casos que debemos abordar separadamente: aquellos en que la decisión médica se basa en la constatación de la inexistencia de un tratamiento terapéutico adecuado para salvar la vida del paciente, y aquellos donde lo principal es la voluntad de este de poner termino a su vida, aunque existan posibilidades de sobrevida.*

El legislador no puede estar de espaldas a la realidad, aquí radica la misión del legislador crítico y democrático, esto es, la constante revisión de por qué se ha seleccionado tal relación social y se la ha fijado de una forma determinada.

Es una enormidad que se diga que el proyecto (a) “recoge las concepciones más modernas del derecho comparado”; (b) “estableciendo definiciones claras de la eutanasia”, (c) “El legislador no puede estar de espaldas a la realidad, aquí radica la misión del legislador crítico y democrático”. Respetuosamente, en buen castizo, estas frases son pura y simplemente cháchara.

Respecto de a), no es cierto que el proyecto recoja las concepciones más modernas del derecho comparado, sino sólo *parciales* concepciones de *determinados* derechos modernos. ¿Cuáles? Las que promueven la eutanasia. Porque por más que el proyecto pretenda regular situaciones legítimas del enfermo que eventualmente –habría que estudiarlo más– puedan necesitar apoyo legal en Chile, en realidad todo va dirigido a fomentar la eutanasia. En las frutas de este árbol legislativo hay una que es venenosa, y aquéllas sirven como incentivo para aceptar ésta.

En relación con b), las definiciones y clasificaciones de la eutanasia son manifiestamente deficitarias.

Frente al punto c), sucede lo contrario: este proyecto se formula de espaldas a la realidad chilena y comparada.

¿Cuál es esa realidad? La relata nuevamente la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: *"Se han publicado estudios recientes muy rigurosos que muestran que la petición de eutanasia por parte de los enfermos disminuye al mejorar la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos. Estos hallazgos son congruentes con las comunicaciones de las unidades especializadas en cuidados paliativos de nuestro entorno, donde el número de peticiones de eutanasia es muy bajo"*.

"Todo ello permite aventurar la hipótesis de que una legislación permisiva con la eutanasia frenaría la implicación, tanto científica como asistencial, de algunos médicos y profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin posibilidad de curación que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos humanos".

"Promover la legalización de la eutanasia en una sociedad donde todavía están insuficientemente implantados los cuidados paliativos, clínicas del dolor, la atención sociosanitaria, etc., parece una solución equivocada ante el problema, "el de la correcta atención de los enfermos y sus familias", que está pendiente de resolver".

"La teoría de la pendiente resbaladiza es un clásico argumento consecuencialista que se ha aplicado a la eutanasia para deducir que una vez legalizada en casos de solicitud voluntaria, el clima social conduce a los médicos y a los familiares a deslizarse hacia su aplicación en casos de enfermos inconscientes o incapaces que no han expresado su autorización. Se trata de un argumento que ha sido muy criticado por algunas aplicaciones poco rigurosas en el modo de elaborar los razonamientos previos a la conclusión. Sin embargo, en Holanda se ha comprobado su exacto cumplimiento, puesto que ya hace años se reconocieron cifras importantes de casos de eutanasia no solicitada, cuando en un principio sólo se defendía su aceptación en casos de solicitud expresa y reiterada, como un ejercicio de autonomía".

"El argumento de la pendiente resbaladiza ha sido esgrimido por autores que no tienen reparos éticos ante determinadas peticiones de eutanasia, pero consideran que su legalización llevaría en la práctica a la eutanasia no solicitada, que consideran inaceptable y con graves repercusiones sociales".⁸

⁸ Op. cit., N°s 12, 13 y 14

ANEXO 1

Proyecto de ley sobre eutanasia

“Artículo 1°. *Agréguese en el Libro I del Código Sanitario, el siguiente título VI con sus párrafos y artículos (arts. 54 bis a 54bis Ñ) respectivos.*

Título VI

De la Eutanasia

Art. 54 bis. *Para los efectos de esta ley se entenderá como eutanasia la terminación de la vida que lleva a cabo un médico a petición del paciente, cumpliendo los requisitos y manifestando su consentimiento en los términos que se señalan en los siguientes artículos.*

Párrafo 1°

De la eutanasia pasiva

Art. 54 bis A. De la eutanasia pasiva. *Es derecho de todo paciente terminal otorgar o denegar su consentimiento a cualquier procedimiento médico que estime invasivo, complejo o innecesario cuando:*

- 1. Se trate de un paciente en estado terminal, esto es, que padezca un precario estado de salud, debido a una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable, que haga prever que le queda muy poca expectativa de vida.*
- 2. Que los cuidados que se le puedan brindar al paciente sean innecesarios, en cuanto éstos solo persigan prolongar su agonía.*

Para ejercer este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar, previamente y en lenguaje comprensible para el paciente, información completa respecto de la enfermedad, sus implicancias y posibles tratamientos. Esto se hará en forma oral y también por escrito, en un acta que deberá firmar la persona o su representante legal.

En caso de pacientes cuyo estado impida obtener su consentimiento, pero se presume que prontamente podrá prestarlo de forma libre y espontánea, se entenderá que acepta el tratamiento hasta que su voluntad pueda ser conocida.

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

- 1. La no aplicación de los procedimientos o intervenciones señaladas precedentemente supone un riesgo para la salud pública, debiendo dejar el médico tratante expresa constancia de configurarse esta causal en la respectiva ficha clínica.*

2. Se trate de atenciones médicas de emergencia o urgencia, esto es, cuando la condición de salud o cuadro clínico del paciente implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

Art. 54 bis C. La voluntad del paciente podrá manifestarse verbalmente, pero de ésta deberá quedar siempre constancia por escrito. El consentimiento deberá prestarse a lo menos ante dos testigos, siendo uno de éstos el cónyuge, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente. En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario oficiará de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subrogue. El consentimiento siempre podrá prestarse ante Notario Público. En caso de no existir el cónyuge, ascendientes o descendientes mayores de edad, o bien ante negativa de éstos, el consentimiento deberá prestarse a lo menos ante cinco testigos.

Art. 54 bis D. En caso de menores de edad la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 3° será adoptada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos. A falta de uno de los padres, la decisión será tomada por él que existiese. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.

Art. 54 bis E. En caso de los legalmente incapaces la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 54 bis B será adoptada por el representante legal.

Artículo 54 bis F. En caso de muerte cerebral, entendiendo por tal la definida en la Ley 19.541, la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 54 bis B será adoptada por el cónyuge siguiendo, cuando corresponda, el orden que establece el art. 983 del Código Civil, con la exclusión del Fisco.

Art. 54 bis G. El médico tratante deberá consultar siempre la opinión de una Comisión Ética de comprobación que se establece en el párrafo 3° de este título.

Párrafo 2°

De la eutanasia activa

Art. 54 bis H. De la eutanasia activa. Todo paciente que sufra una enfermedad incurable o progresivamente letal que le cause un padecer insufrible en lo físico y que se le representa como imposible de soportar podrá solicitar por razones humanitarias, y de conformidad a las normas que esta ley establece, que la muerte le sea provocada deliberadamente por un médico cirujano.

Para ejercer este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar, previamente y en lenguaje comprensible para el paciente, información completa respecto de la enfermedad, sus implicancias y posibles tratamientos. Esto se hará

en forma oral y también por escrito, en un acta que deberá firmar la persona o su representante legal.

Art. 54 bis I. *La voluntad del paciente podrá manifestarse verbalmente, pero de ésta deberá quedar siempre constancia por escrito. El consentimiento deberá prestarse a lo menos ante dos testigos, siendo uno de éstos el cónyuge, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente. En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario oficiará de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subroge. El consentimiento siempre podrá prestarse ante notario. En caso de no existir el cónyuge, ascendientes o descendientes mayores de edad, o bien ante negativa de éstos, el consentimiento deberá prestarse a lo menos ante cuatro testigos.*

Artículo 54 bis J. *En caso de menores de edad la decisión será adoptada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos. A falta de uno de los padres, la decisión será tomada por el que existiese. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.*

Art. 54 bis K. *En caso de los legalmente incapaces será adoptada por el representante legal.*

Párrafo 3°

De la Comisión Ética de comprobación.

Art. 54 bis L. *En cada región del país existirá una Comisión Ética de comprobación cuya integración, subrogación, funcionamiento y atribuciones estarán especificadas en un reglamento que, para estos efectos, dictará la autoridad competente.*

Artículo 54 bis LL. *La Comisión, de a lo menos cinco miembros, estará necesariamente integrada por:*

- a) Un médico cirujano designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio Médico, procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva.*
- b) Un médico psiquiatra designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio Médico, procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva.*
- c) Un abogado designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio de Abogados, procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva*
- d) Un profesor de derecho penal, con el grado de doctor, que ejerza la docencia en una Universidad afiliado al Consejo de Rectores.*

Art. 54 bis M. *Corresponderá a la Comisión Ética velar por el adecuado cumplimiento de los requisitos que hacen procedente la eutanasia y, verificados fehacientemente éstos, autorizarla.*

Art. 54 bis N. *La Comisión sesionará, a requerimiento de interesado, en un plazo no mayor a cinco días desde que se hubiese presentado ante ésta una solicitud de eutanasia que cumpla con todos los requisitos formales.*

Art. 54 bis Ñ. *Para sesionar, la Comisión requerirá la presencia de todos sus miembros o quienes subroguen a éstos y sus acuerdos se adoptarán por mayoría absoluta.*

La Comisión Ética, dentro del plazo de cinco días hábiles, otorgará la correspondiente autorización cuando la solicitud cumpla con todos los requisitos. La aprobación o rechazo de la solicitud deberá siempre fundarse por escrito y no será susceptible de recurso alguno,

La solicitud rechazada no podrá interponerse nuevamente sino en el plazo de tres meses y siempre que contemple nuevos antecedentes.

Otorgada la autorización correspondiente, ésta le será comunicada al Juzgado de Garantía y a la Fiscalía Local, correspondiente al lugar donde se practicará la eutanasia.

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

Art. 393. *El que quite la vida a otra, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de presidio mayor en su grado mínimo.*

El que induzca a otro a suicidarse sufrirá la pena de presidio menor en su grado máximo.

El que con conocimiento de causa preste auxilio a otro para que se suicide será castigado con la pena de presidio menor en su grado medio.

Las penas previstas en este artículo sólo se impondrán si se efectúa la muerte del suicida.

El supuesto al que se refieren los incisos anteriores no será punible en el caso de que haya sido cometido por médico que haya cumplido con los requisitos de cuidados recogidos en el título VI del Código Sanitario y se lo haya comunicado a la comisión ética de comprobación."

Fulvio Rossi C.
Diputado de la República

Juan Bustos R.
Diputado de la República

ANEXO 2

Proyecto de ley sobre eutanasia de Nelson Ávila

1° *Para los efectos de esta ley se entenderá como eutanasia la acción u omisión de un médico que por su naturaleza o intención provoque la muerte de un paciente que, cumpliendo los requisitos y manifestando su consentimiento en los términos que esta ley señala, ha expresado la firme voluntad de poner término a su vida por razones humanitarias.*

I. De la eutanasia pasiva

2° *Es derecho de todo paciente terminal otorgar o denegar su consentimiento a cualquier procedimiento médico que estime invasivo, complejo o innecesario cuando:*

3. *Se trate de un paciente en estado terminal, esto es, que padezca un precario estado de salud, debido a una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable, que haga prever que le queda muy poca expectativa de vida.*

4. *Que los cuidados que se le puedan brindar al paciente sean innecesarios, en cuanto éstos solo persigan prolongar su agonía.*

Para ejercer este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar, previamente y en lenguaje comprensible para el paciente, información completa respecto de la enfermedad, sus implicancias y posibles tratamientos. Esto se hará en forma oral y también por escrito, en un acta que deberá firmar la persona o su representante legal.

En caso de pacientes cuyo estado impida obtener su consentimiento, pero se presume que prontamente podrá prestarlo de forma libre y espontánea, se entenderá que acepta el tratamiento hasta que su voluntad pueda ser conocida.

3° *No obstante lo señalado en el artículo anterior, la voluntad del paciente no tiene efecto alguno cuando:*

3. *La no aplicación de los procedimientos o intervenciones señaladas precedentemente suponen un riesgo para la salud pública, debiendo dejar el médico tratante expresa constancia de configurarse esta causal en la respectiva ficha clínica.*

4. *Se trate de atenciones médicas de emergencia o urgencia, esto es, cuando la condición de salud o cuadro clínico del paciente implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergradable.*

4° La voluntad del paciente podrá manifestarse verbalmente, pero de ésta deberá quedar siempre constancia por escrito. El consentimiento deberá prestarse a lo menos ante dos testigos, siendo uno de éstos el cónyuge, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente. En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario oficiará de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subrogue. El consentimiento siempre podrá prestarse ante Notario Público. En caso de no existir el cónyuge, ascendientes o descendientes mayores de edad, o bien ante negativa de éstos, el consentimiento deberá prestarse a lo menos ante cinco testigos.

5° En caso de menores de edad la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 3° será adoptada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos. A falta de uno de los padres, la decisión será tomada por el que existiese. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.

6° En caso de los legalmente incapaces la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 3° será adoptada por el representante legal. A falta de éste la decisión será tomada por el cónyuge. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.

7° En caso de muerte cerebral, entendiendo por tal la definida en la Ley 19.541, la decisión de someter o no al paciente a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 3° será adoptada por el cónyuge. A falta de éste, la decisión será tomada por los padres y, a falta de uno, por el otro. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.

8° Si la voluntad del paciente o de los llamados por la esta ley a suplirle es no someterle a los tratamientos indicados en el numeral 2° del artículo 3°, ésta deberá ser acatada.

9° El médico tratante deberá consultar siempre la opinión de una Comisión Ética que estará integrada por el director del Servicio de Salud respectivo, dos médicos cirujanos, un médico psiquiatra y un abogado. Ésta deberá certificar por escrito la circunstancia de encontrarse contestes la mayoría absoluta de sus miembros tanto en la calidad de terminal del estado de salud, así como de la innecesidad de los cuidados.

II. De la eutanasia activa

10° *Todo paciente que sufra una enfermedad incurable o progresivamente letal que le cause un padecer insufrible en lo físico y que se le representa como imposible de soportar podrá solicitar por razones humanitarias, y de conformidad a las normas que esta ley establece, que la muerte le sea provocada deliberadamente por un médico cirujano.*

Para ejercer este derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar, previamente y en lenguaje comprensible para el paciente, información completa respecto de la enfermedad, sus implicancias y posibles tratamientos. Esto se hará en forma oral y también por escrito, en un acta que deberá firmar la persona o su representante legal.

11° *La voluntad del paciente podrá manifestarse verbalmente, pero de ésta deberá quedar siempre constancia por escrito. El consentimiento deberá prestarse a lo menos ante dos testigos, siendo uno de éstos el cónyuge, ascendiente o descendiente mayor de edad del paciente. En caso de encontrarse el paciente internado en un recinto hospitalario oficiará de ministro de fe el director del establecimiento o quien le subrogue. El consentimiento siempre podrá prestarse ante notario. En caso de no existir el cónyuge, ascendientes o descendientes mayores de edad, o bien ante negativa de éstos, el consentimiento deberá prestarse a lo menos ante cinco testigos.*

12° *En caso de menores de edad la decisión será adoptada por los padres de común acuerdo si existiesen ambos. A falta de uno de los padres, la decisión será tomada por el que existiese. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.*

13° *En caso de los legalmente incapaces será adoptada por el representante legal. A falta éste la decisión será tomada por el cónyuge. A falta de ambos, la decisión será adoptada por la mayoría de los parientes consanguíneos presentes de grado más próximo en la línea colateral, hasta el tercer grado inclusive.*

14° *La solicitud de autorización para auxiliar al suicidio deberá ser presentada ante el Director del Servicio de Salud correspondiente.*

15° *Esta solicitud deberá contener a lo menos:*

- 1. Individualización del médico tratante, quien, además, suscribe la solicitud.*
- 2. Ficha clínica del paciente.*

3. *Manifestación de voluntad del paciente o de quien le subroga de conformidad a lo establecido en los artículos 13° y siguientes.*

4. *Compromiso notariado del médico que practicará la eutanasia de dar fiel cumplimiento a las disposiciones del reglamento establecido en el artículo 28°.*

16° *El médico tratante deberá consultar siempre la opinión de la Comisión Ética. Ésta deberá certificar por escrito la circunstancia de encontrarse contestes la mayoría absoluta de sus miembros en el hecho que el paciente sufre una enfermedad incurable o progresivamente letal que le cause un padecer insufrible que se le representa como imposible de soportar.*

III. De la Comisión Ética

17° *En cada región del país existirá una Comisión Ética cuya integración, subrogación, funcionamiento y atribuciones estarán dados por un reglamento que, para estos efectos, dictará el Ministerio de Salud.*

18° *La Comisión, de a lo menos cinco miembros, estará necesariamente integrada por:*

a) *Un médico cirujano designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio Médico procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva.*

b) *Un médico psiquiatra designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio Médico procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva.*

c) *Un abogado designado, de entre sus afiliados, por la directiva del Colegio de Abogados, procurando que éste ejerza la profesión en la región respectiva*

19° *Corresponderá a la Comisión Ética velar por el adecuado cumplimiento de los requisitos que hacen procedente la eutanasia y, verificados fehacientemente éstos, autorizarla.*

20° *La Comisión sesionará, a requerimiento de interesado, en un plazo no mayor a 10 días desde que se hubiese presentado ante ésta una solicitud de eutanasia que cumpla con todos los requisitos formales.*

21° *Para sesionar, la Comisión requerirá la presencia de todos sus miembros o quienes subroguen a éstos y sus acuerdos se adoptarán por mayoría absoluta.*

22° *Los miembros de la Comisión que se encuentren vinculados con el paciente ya sea en cuanto a vínculo familiar o patrimonial se encontrarán inhabilitados para participar en las discusiones y votaciones que se refieran a dicho paciente.*

La Comisión Ética, dentro del plazo de 5 días hábiles, otorgará la correspondiente autorización cuando la solicitud cumpla con todos los requisitos. La aprobación o rechazo de la solicitud deberá siempre fundarse por escrito y no será susceptible de recurso alguno.

La solicitud rechazada no podrá interponerse nuevamente sino en el plazo de tres meses y siempre que contemple nuevos antecedentes.

23° *Otorgada la autorización correspondiente, ésta le será comunicada al Juzgado del Crimen correspondiente al lugar donde se practicará la eutanasia.*

24° *Entre la autorización y la eutanasia deben transcurrir, a lo menos, cinco días, debiendo fijarse la fecha de ésta con a lo menos tres días de anticipación.*

25° *El paciente o quien le subroque puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Una hora antes de que se practique, el paciente o quien le subroque deberá ratificar su consentimiento ante el director del recinto hospitalario o bien ante un notario público, según corresponda.*

26° *Un protocolo emanado del Ministerio de Salud establecerá el mecanismo por medio del cual un médico cirujano practicará la eutanasia.*

IV. De la responsabilidad

27° *En los casos señalados precedentemente no existirá responsabilidad administrativa, penal ni civil para los médicos o para el establecimiento asistencial que haya atendido al paciente, derivada de la aplicación de procedimientos eutanásicos.*

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, el paciente, o en su defecto alguno de sus herederos o representantes legales se reservarán el ejercicio de las acciones judiciales que correspondan en el caso de que exista un incumplimiento o inobservancia grave de los requisitos establecidos por esta ley y su reglamento.

28° *Agréguese al artículo 10° del Código Penal el siguiente numeral 14: "El médico cirujano que practique eutanasia en los casos expresamente previstos por la ley".*