

La relevancia de la *values history* en su relación con los usualmente denominados "testamentos vitales": otra cuestión de relevancia que nos plantea la Bioética jurídica

The relevance of values history in its relationship with the so-called "living wills": a relevant question raised by legal Bioethics

Alexis Mondaca Miranda

Universidad de Talca, Talca, Chile.

Correo electrónico: alexis.mondaca@utalca.cl. <https://orcid.org/0000-0002-6559-4124>.

Recibido el 27/05/2021

Aceptado el 08/06/2021

publicado el 30/06/2021

<https://doi.org/10.21703/issn0717-0599/2021.n38-06>

RESUMEN: El presente artículo, desde una mirada centrada en la Bioética Jurídica, tiene por objetivo el estudio de la *values history* en su relación con los ordinariamente denominados "testamentos vitales", materias que deben incluir en su análisis la influencia ejercida por los respectivos códigos axiológicos. De esta manera, una vez estudiada la génesis de dichas figuras, nos centramos en sus contenidos para finalmente referirnos al Proyecto de Ley sobre Muerte Digna y Cuidados Paliativos, texto actualmente en discusión

ABSTRACT: This article, is focused from a legal bio-ethical point of view, its purpose is to study values history in its relationship with the so-called "living wills", subjects that must include in their analysis the influence exerted by the corresponding axiological codes. In this way, once the genesis of these figures has been studied, we focus on their contents to finally refer to the Bill on Dignified Death and Palliative Care, a proposal which is currently under discussion in our National Congress. Thus, always from a legal

en nuestro Congreso Nacional. Así, siempre desde un enfoque fundado en la Bioética Jurídica, se trata la relevancia de los valores a los que adhieren las personas con respecto a temas tan trascendentales como la enfermedad, el dolor, los tratamientos médicos y la muerte.

PALABRAS CLAVE: Valores, testamento vital, *values history*, eutanasia, encarnizamiento terapéutico.

bioethical approach, we deal with the relevance of the values which people are attached to, in relationship with significant topics such as illness, pain, medical treatments and death.

KEY WORDS: *Values, living will, values history, euthanasia, therapeutic obstinacy.*

I. INTRODUCCIÓN

Siguiendo el planteamiento de Mercado, sabido es que todas nuestras elecciones implican la adopción de una determinada decisión por una alternativa en desmedro de otra u otras: ello es un reflejo de la libertad de la que naturalmente está dotado todo ser perteneciente al género humano. En este orden de ideas, y siempre siguiendo al mencionado autor, toda elección (o la mayoría de estas, si se quiere) posee un fin intencionado al que se adhiere, lo que comprende una serie de cuestiones, entre ellas, la que nos interesa en este artículo, esto es, la libre y debidamente razonada opción por ciertas valoraciones éticas. En la misma senda de razonamiento, Mercado expresa que: “*Dicha finalidad comprende una jerarquía de valores que el actor ordena, ya que se guía por objetivos y metas y, para lograrlos, tiene que confrontarlos con su medio y analizar las posibilidades de ser llevados a cabo. Así, las valoraciones definidas por el actor son mediadas por la realidad*”.¹

Una de las decisiones más relevantes que nos corresponde adoptar es aquella vinculada a los objetos propios del comúnmente denominado testamento vital, esto es, en esencia, y sin perjuicio de lo que diremos más adelante, la aceptación o el repudio a la administración o suspensión de determinados procedimientos médicos ligados al aumento de las posibilidades de sobrevivencia. Debatir sobre el testamento vital implica, también, analizar la posibilidad de una regulación normativa de la eutanasia. Como podrá advertir el lector, se trata de cuestiones que presentan un gran potencial para el surgimiento de acalorados debates, cruzados por las particulares concepciones éticas de los intervinientes en estos.

A la luz de lo indicado en el párrafo precedente, en el presente artículo se analizan la *values history*, documento ligado a los testamentos vitales.² En efecto, según ya hemos adelantado, los temas involucrados en los testamentos vitales requieren de la opción por ciertos criterios axiológicos (y religiosos, según la persona de que se trate), se trata, en consecuencia, de materias que no pueden ser calificadas como neutras desde el punto de vista valórico. En la *values history* se deja explícita constancia de los valores a los que adhiere una persona.

¹ MERCADO (2013), p. 2.

² Véase, MONDACA (2020). Disponible en: <https://latam.ijeditores.com/pop.php?option=articulo&Hash=3be44b3f508b73d-d9180b3cc404232cf>, fecha de última visita: 8 de mayo de 2021.

El interés por estudiar el tema propuesto nace de nuestro acercamiento a contenidos propios de la Bioética Jurídica, en concreto, y de manera especial, a cavilaciones sobre la vida del ser humano, el devenir de esta, y la muerte. En consecuencia, como lo adelanta el título del presente artículo, en el desarrollo de este, y siguiendo las ideas de Potter, aplicaremos una mirada fundada en la Bioética con respecto a la *values history*, es decir, en los razonamientos que expondremos se intentará unir las ciencias, en este caso, la ciencia jurídica, con la ética.³

Como lo han indicado Jiménez y Rojo, la ciencia entendida como un conjunto de conocimientos sobre un determinado objeto de estudios es neutra desde el punto de vista valórico. Sin perjuicio de lo anterior, siempre siguiendo a los mencionados autores, “el humano, dada su propia naturaleza, no se detiene nunca en sólo conocer y entender, y ha desarrollado una extraordinaria habilidad para usar y aplicar el conocimiento para múltiples propósitos, herramientas, productos y procesos de modificación de materiales que alteran y afectan la forma de vivir”. En consecuencia, tal como concluyen Jiménez y Rojo, la actividad del científico no puede ser realizada a espaldas de las exigencias de los códigos axiológicos,⁴ dado que ello provoca la causación de sufrimientos innecesarios, tal como, tristemente, se ha podido verificar en diversos episodios de la historia de la humanidad.⁵

Para cumplir con el objetivo indicado nos referiremos, en primer lugar, al origen de la *values history*, figura íntimamente ligada con el testamento vital, para con posterioridad centrarnos en su contenido. A continuación, estudiaremos el Proyecto de Ley actualmente en tramitación en nuestro Congreso Nacional relativo, entre otras materias, al testamento vital.

En definitiva, esperamos con el presente artículo contribuir al interés por el análisis de los temas que constituyen el campo de estudio propio de la Bioética jurídica, rama del conocimiento que no ha sido muy desarrollada en Chile. En esta línea, estimamos que la reflexión axiológica de cuestiones jurídicas genera como consecuencia un sano y fructífero debate y, por tanto, enriquece diversas temáticas consideradas, en principio, desde una aproximación muy miope de la cuestión, como estrictamente jurídicas.

³ BORGNO (2009), pp. 47-48.

⁴ JIMÉNEZ Y ROJO (2008), p. 136.

⁵ En este sentido, en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, es suficiente con pensar en las atrocidades realizadas por los científicos alemanes en los campos de concentración y por lo médicos japoneses en los campos de prisioneros y en contra de la población civil de China. Efectivamente, de un modo lúgubre destacan en Alemania las atrocidades perpetradas (especialmente en contra de gemelos judíos) por el doctor de las SS Josef Mengele, llamado el “ángel de la muerte”, y, en China, la labor del doctor Shirō Ishi y el escuadrón 731. Sobre este punto, véase: BENÍTEZ, ARTILES, VICTORES, REYES, GÓMEZ Y CALDERÓN (2018), pp. 803-828; y RAMOS GONZÁLEZ (2010), pp. 257-278.

Además, debemos tener en cuenta la necesidad de la reflexión axiológica en la utilización de animales en la investigación científica (pensemos, por ejemplo, en la vivisección) y en la industria farmacéutica. Con respecto a lo primero, en específico, sobre el dolor experimentado por los animales, se ha sostenido que: “en otras áreas del conocimiento científico, entre ellas la investigación del dolor, el uso de modelos animales tiene especiales implicaciones, debido a la obligación moral por parte de los científicos biomédicos de estudiar los mecanismos fisiológicos y patológicos que determinan el dolor agudo o crónico”, BARRIOS, ESPINOZA, LEAL, RUIZ, PINTO Y JURADO (2011), p. 51.

II. ORIGEN Y CONTENIDO DE LA VALUES HISTORY Y DEL TESTAMENTO VITAL

Como su título nos lo adelanta, la presente sección se divide en dos partes: en la primera, indagaremos sobre el fundamento y los orígenes de los documentos que han motivado la presente investigación, mientras que, en la segunda, de un modo más concreto, se estudia su contenido.

A. Fundamento y Origen

En cuanto al fundamento y a los orígenes de la *values history*, estos se encuentran ligados a la génesis y desarrollo del llamado, entre otras denominaciones, “testamento vital”.⁶ A mayor abundamiento, en el testamento vital se manifiesta la voluntad en orden a la adopción o rechazo a la aplicación de determinados procedimientos de naturaleza médica, en el evento de no poder por sí manifestar su voluntad el testador. Además, en tales testamentos, puede disponerse tanto del cuerpo como de partes de este.

Como podemos apreciar, el testamento vital encuentra su fundamento en el principio jurídico llamado autonomía de la voluntad, esto es, en una de las bases del Derecho privado. En el campo Bioético, y no solamente en la variante jurídica de este, el principio de la autonomía también desempeña un rol fundamental. En este orden de ideas, la doctrina del principialismo plantea la existencia de ciertos principios que deben ser respetados llegado el momento de resolver conflictos éticos en el ámbito de las ciencias. Tales principios, además de la autonomía, son los siguientes: no maleficencia, beneficencia y justicia.

En términos de Siurana, a propósito de la autonomía, “*La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones*”.⁷

Con todo, el principio en comento no está exento de polémica, dado que algunos, optando por una aplicación extrema de la autonomía, han indicado que bastaría para que una determinada acción fuese moralmente adecuada si ella es el fruto de la voluntad de una persona, con lo que el sistema de valores encontraría su justificación en lo decidido por cada persona, lo que resulta ser discutible en grado extremo, puesto que nos conduce a la aceptación de un relativismo que se extiende a cuantas personas adopten de manera libre decisiones.

Profundizando en las ideas recientemente expresadas, tal como lo ha planteado Puyol, quien se refiere al “triumfo de la autonomía”, en apariencia existiría una igualdad desde el punto de vista de la relevancia con respecto a los cuatro nombrados principios, pero, realmente, predominaría la auto-

⁶ También se han empleado las denominaciones que a continuación se indican: *living wills*, instrucciones previas, testamento eutanásico, *declaration*, entre otras.

⁷ SIURANA (2010), p. 124.

nomía.⁸ Así, dicho principio, vinculado a la libertad individual, y aplicado al tema que nos convoca, exige el respeto a la decisión del paciente en orden al rechazo o aceptación de ciertos tratamientos y el fomento de la libre voluntad de aquellos que la tienen disminuida en atención a su delicado estado de salud o por otra causa.

Con todo, agrega Puyol, una excesiva atención al principio de autonomía conlleva a una visión reduccionista de la Bioética, dado que minimiza el papel desempeñado por los otros principios. Por lo dicho, el nombrado autor ha sostenido que: *“sin olvidar la indispensable protección de la autonomía del enfermo, los principios de beneficencia, justicia y ausencia de maleficencia deben reivindicarse, ahora más que nunca, como los principios que deben liderar el futuro de la bioética. Digo ahora más que nunca porque estoy convencido de que los problemas bioéticos más destacados y urgentes del presente y del futuro son los que nos enfrentan, por un lado, a las posibilidades de mejora (enhancement) biológica del ser humano y, por otro y sobre todo, a las cada vez más escandalosas desigualdades de salud. Es evidente que vivimos en un mundo tremendamente globalizado, biotecnificado y socio-económicamente desigual, y que esta realidad tiene enormes consecuencias en la salud de la gente”*.⁹

Cuando nos enfrentamos a los últimos días, a esa temida tríada conformada por la enfermedad, el dolor y la muerte, nuestro mundo experimenta una alteración de su giro. De esta manera, como hemos indicado en otra oportunidad, nuestras prioridades cambian, nos vemos sacudidos y todo adquiere una nueva, a veces, inquietante, dimensión. En otros términos, suele suceder que nos damos cuenta de que lo que considerábamos principales metas de nuestras vidas, en realidad, eran fines secundarios, los que deben supeditarse a cuestiones superiores.¹⁰ Desde luego, en este “redescubrimiento”, posee una importancia de primer orden la voluntad de la persona y el conjunto de valores a los que adhiere.

Súmese a lo señalado que, en el difícil contexto referido, cuestiones tales como las propias del testamento vital comienzan a copar nuestros pensamientos: aplicar o no un determinado tratamiento, la preocupación por ser, eventualmente, víctimas de un encarnizamiento terapéutico, la posibilidad de una eutanasia, entre otras. El panorama descrito nos otorga bases, según nuestro entender, para promover la siguiente idea: los temas indicados deben ser el objeto de nuestras cavilaciones con anterioridad al día en que se nos diagnostica una enfermedad incurable o terminal. Así, sostenemos que el mejor período para adoptar decisiones “vitales”, con independencia de la regulación del testamento vital y de la *values history* en un específico ordenamiento jurídico, es aquel en que gozamos de salud tanto física como psíquica, siempre que ello sea el resultado de un razonamiento pausado y prolongado por un período apreciable de tiempo y no de intuiciones o de particulares estados de ánimo.¹¹

⁸ Lo indicado por Puyol es particularmente apreciable en la Bioética anglosajona, Véase, REVELLO (2013), pp. 65-76.

⁹ PUYOL (2012), p. 49.

¹⁰ MONDACA (2021), en prensas.

¹¹ AZULAY (2001), p. 650.

A mayor detalle, según lo indicado por Atienza, Armaza y de Miguel, las raíces de lo que hoy se denomina “testamento vital” se encuentran en Estados Unidos, en concreto, en la propuesta de Kutner relativa a la posibilidad de que las personas explicitasen su voluntad en orden a interrumpir o rechazar un determinado tratamiento en supuestos de enfermedades terminales. Las ideas de Kutner se aplicaron en la *Natural Death Act*, antecedente normativo de la disciplina sobre el testamento vital del Estado de California de 1967 y de las posteriores regulaciones de la materia, como la *Ley federal Uniform Rights of the Terminally Act* de 1985.¹² Con posterioridad, surgió la *values history* como un texto independiente del testamento vital o como parte de este.

Con el transcurso de los años, se ha observado que quienes acuden a los documentos de voluntades anticipadas pueden clasificarse en dos grupos. En primer lugar, el formado por personas que padecen de algún tipo de enfermedad y, en segundo término, aquellos que no presentan dolencia alguna, pero que desean dejar expresada su voluntad con respecto a situaciones particulares. A propósito de ambos grupos, resulta claro que una gran incidencia poseen las convicciones valóricas y religiosas de los otorgantes, según desarrollaremos con más detalle, al referirnos al contenido del testamento vital y de la *values history*.¹³

B. Contenido

Con respecto al contenido de los documentos que han originado la presente investigación, estos pueden ser tan variados como lo son las personas que han optado por su redacción. En efecto, dado que adherimos a la noción que nos indica que cada individuo de la especie humana es un fin en sí mismo, nunca un medio, dotado de una dignidad intrínseca, incondicionada e inviolable, un universo en sí mismo, igual, pero al mismo tiempo distinto del resto, nos parece evidente que dicha diversidad se aprecia con claridad en el terreno axiológico. Así, no podemos uniformar de manera absoluta los valores que incidirán en el contenido de los testamentos vitales de las personas ni, obviamente, en la *values history*.

Sin perjuicio de lo anterior, vale la pena intentar demostrar como la adhesión a ciertas concepciones valóricas, compartidas por un apreciable sector de nuestra sociedad, influyen en el contenido del testamento vital y de la *values history*. Con el propósito de cumplir con lo indicado, antes que todo, debemos reiterar que la *values history*, como su propia denominación lo adelanta, se refiere a las concepciones axiológicas de una determinada persona con respecto a la vida, la muerte y la enfermedad y puede formar parte o no de un testamento vital. Como lo ha estudiado Quijada-González y Tomás y Garrido, “*La historia de valores o values history, recoge la forma del otorgante, indicando aquellos aspectos fundamentales relativos a la enfermedad, la muerte y la vida. Puede ser utilizada como documento independiente o incluirla en cualquiera de ellos. Constituye un elemento de gran ayuda para interpretar las manifestaciones que contienen los documentos*”.¹⁴ En esta parte resulta pertinente

¹² ATIENZA, ARMAZA Y DE MIGUEL (2015), p. 164.

¹³ NEBOT, ORTEGA, MIRA Y ORTÍZ (2010), p. 444.

¹⁴ QUIJADA-GONZÁLEZ Y TOMÁS Y GARRIDO (2014), p. 143.

hablar de las concepciones religiosas y de su conexión con las posturas valóricas a propósito de los temas analizados en este trabajo.

1. Concepción de las religiones monoteístas

Probablemente, el punto más polémico es el relativo a la eventual aplicación de una eutanasia. Sabido es que las personas con una postura religiosa cristiana suelen ser más reacias a la aceptación de la eutanasia, también llamada “muerte digna”. En dicho sentido, se considera que la vida es un don de Dios y que, en consecuencia, solo él tiene la potestad de fijar el momento en que aquella debe acabarse, no pudiendo el ser humano arrogarse dicha potestad. En opinión de Correa, en este punto, la cuestión terminológica es clave, lo que permitiría distinguir entre un crimen y un acto de misericordia. Centrándonos en la postura de la Iglesia Católica, lo que esta entiende por eutanasia es aquel acto (incluyéndose la conducta omisiva) que busca como resultado directo la causación de la muerte de otra persona, que adolece de una enfermedad incurable y que es víctima de fuertes dolores, esto es, lo que se denomina eutanasia activa, como el típico supuesto de aplicación de una inyección letal o de una píldora venenosa.¹⁵

Escenario distinto plantea el supuesto de la no aplicación de procedimientos extraordinarios que carecen de proporcionalidad con respecto al resultado producido y la utilización de medicamentos que tiene por objetivo luchar en contra del dolor, pero que aceleran la muerte, escenarios que no han generado la oposición de la Iglesia Católica, sino, más bien, lo contrario.¹⁶

Centrándonos en el primer supuesto, existen medios de soporte vital que permiten lograr un aumento de las posibilidades de sobrevivida del enfermo terminal, pero con un costo muy elevado: la calidad de vida del enfermo resulta seriamente dañada, por lo que perfectamente podría hablarse de una prolongación del estado de agonía. Lo indicado nos conduce a hablar del “encarnizamiento terapéutico”, “distanasia” u “obstinación terapéutica” o “empecinamiento terapéutico”. El encarnizamiento terapéutico, siguiendo a Gutiérrez, es aquella situación de empecinamiento “*en la realización de todos los procedimientos que la ciencia y la tecnología pone a nuestra disposición, en la aplicación de todos los medicamentos de la farmacopea actual, cuando la valoración clínica y los índices pronósticos sugieren que en nada ayudan al enfermo*”.¹⁷ No es necesario explayarse sobre las críticas que deben plantearse al encarnizamiento terapéutico desde el punto de vista de la dignidad de toda persona: la ciencia debe admitir sus límites, no siempre puede recuperarse la salud del paciente.

¹⁵ CORREA (2006), p. 247-249.

¹⁶ Sobre las clasificaciones de eutanasia, véase, GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO (2011), el que, siguiendo a Cordón López, Ciccone y Gómez Rubí, sostiene que: “Se ha distinguido, por ejemplo, la eutanasia *directa* de la *indirecta*, aludiendo esta última a la supresión del dolor con fármacos que pueden contribuir a acortar la vida. Otros autores diferencian la eutanasia ‘activa’ de la ‘pasiva’: es ‘activa’ “cuando la muerte se provoca por medio de una acción, como pudiera ser la administración de dosis mortales de estupefacientes o de una substancia letal”; y ‘pasiva’, cuando “la muerte es consecuencia de la omisión, o de la interrupción, de intervenciones cuyo objetivo es simplemente el de ofrecer a la vida su soporte indispensable (nutrición, hidratación, etc.)”. Más específicamente, la eutanasia activa se ha definido como “la acción que tiene por objeto acabar deliberadamente con la vida de una persona que padece una enfermedad irreversible, sufrimientos intolerables y que lo pide de forma autónoma y reiterada”, p. 643

¹⁷ GUTIÉRREZ (2016), p. 122.

Con respecto a lo segundo, puede ser entendido como un acto de misericordia la aplicación de medicamentos que reducen el excesivo e incurable dolor que caracteriza a varias enfermedades terminales, aunque generen como un efecto secundario y no deseado, la disminución de la vida del paciente. Como lo ha planteado Misseroni, el Papa Pío XII en 1957, ante una audiencia conformada por médicos, expresó la aceptación del empleo de drogas que reduzcan el dolor, aunque como efecto secundario causen la disminución de la vida. Mismo sendero fue recorrido en el año 1980 por la Congregación para la Doctrina de la Fe, entidad que sostuvo, luego de formular un juicio negativo en lo tocante a la eutanasia activa directa que debía aceptarse el uso de drogas que atenúen los dolores, aunque sin mediar una relación de causalidad directa generan como consecuencia la muerte del enfermo.¹⁸

En 1995, el Papa Juan Pablo II, en la encíclica *Evangelium Vitae*,¹⁹ sostuvo lo siguiente: “*ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o, bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares*”²⁰

Similar sendero se ha recorrido en la Bioética judía. En efecto, sobre la base del contenido de la Torá, en esta se resalta que el rol del médico debe ser procurar la vida y no propiciar la muerte “*resulta importante destacar la gran responsabilidad que recae en los hombros del médico, quien está obligado –aun cuando el paciente no lo admita– a realizar todo lo posible con el fin de que este continúe con vida, porque no hacerlo es equivalente a “derramar sangre*”.²¹

Explica el rabí Szlajen que no existe una diferencia moral entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva, dado que, en estas, por acción u omisión, según corresponda, está presente la decisión (intención) de poner término anticipado a una persona “*que no amenaza de muerte a otro*”. Añade Szlajen que desde la Torá se ha establecido en el judaísmo una prohibición relativa a la omisión ante el riesgo de muerte de otra persona, en circunstancias que podría haberse salvado.²²

Siguiendo los planteamientos de Atighetchi, desde el punto de vista de la religión islámica, existe una prohibición general respecto de la práctica de la eutanasia, la que va de la mano con una disciplina penal sancionatoria de dicha conducta. La eutanasia activa es especialmente objeto de rechazo, al igual como sucede con el cristianismo. Más debatible es el panorama con respecto a las otras especies de eutanasia.

¹⁸ MISSERONI (2000a), p. 253.

¹⁹ Disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Fecha de última visita: 21 de mayo de 2021. Véase, además, el comentario sobre esta encíclica de MISSERONI (2000b), p. 253.

²⁰ MISSERONI (2000c), p. 253.

²¹ TAPIA-ADLER (2016), p. 20.

²² SZLAJEN (2012). Disponible en: <https://www.delacole.com/cgi-perl/medios/vernota.cgi?medio=comunidades&numero=531¬a=531-6>. Fecha de última visita: 24 de mayo de 2021.

En dicho sentido, añade el mencionado autor, algunas voces propugnan la inutilidad de prolongar un estadio de agonía, siempre que la llegada de la muerte sea cierta y que los procedimientos médicos fuesen fútiles. Sin perjuicio de lo indicado, al igual como lo prescribe la Bioética cristiana, no debe suspenderse la alimentación artificial ni la hidratación del enfermo.

Es particularmente interesante el análisis que hace Atighetchi de la llamada “muerte tecnológica”, la que es ácidamente criticada, puesto que se considera que implica una indebida alteración de la natural relación que debe darse entre ser humano y muerte. Por lo expresado, en los casos de permanente estado vegetativo, los expertos musulmanes en Bioética sugieren que se proceda al retiro de todos los elementos de sobrevida artificial. Lo dicho se justifica al considerar que, no obstante, la disminución de la vida, se obtiene una relación natural con la muerte.²³

Con respecto a los ritos funerarios, cada religión tiene sus normas propias. Las personas que adhieren a un determinado credo religioso, especialmente ante el diagnóstico de una enfermedad incurable o terminal, normalmente manifiestan su voluntad en orden a que desean que el funeral se lleva a cabo en estricta observancia a las normas de su religión, lo que en la mayoría de los casos es rigurosamente observado por sus familiares. En vista de lo indicado, bien podría modificarse nuestro ordenamiento jurídico, de manera tal de dejar constancia de dicha voluntad en un testamento vital y en una *values history*.

Además, la presencia y acción del respectivo ministro de culto, en los últimos días de la vida del enfermo, produce un efecto tranquilizador tanto en este como en su familia. No abundaremos en este punto, pero probablemente el lector está familiarizado, por motivos de experiencia personal o por cultura general, con algún funeral religioso, por ejemplo, con un “responso”.

Finalmente, la cremación es aceptada por los cristianos. En el caso específico de la Iglesia Católica requiere de la observancia de ciertos requisitos.²⁴ Con todo, en el caso de los cristianos ortodoxos orientales, al igual que los judíos y los musulmanes, se trata de una conducta prohibida. Pero, por otra parte, el hinduismo y el budismo sí permiten y, sobre todo en el primer caso, fomentan la práctica de la cremación.²⁵

2. La postura agnóstica y atea

Pareciera ser más sencillo aceptar la eutanasia de cualquier tipo cuando no se compartan los referidos ideales de las tres grandes religiones monoteístas. En efecto, si no se cree en la existencia de una divinidad creadora de todo lo viviente, aunque no se trata de una regla absoluta, suelen disiparse las objeciones para sostener que cada individuo de la especie humana es dueño y señor de su vida, lo que incluye el derecho a decidir el momento en que esta debe acabar, especialmente en un contexto de

²³ ATIGHETCHI (2008), pp. 121-151.

²⁴ Las cenizas no deben ser arrojadas a la tierra, al mar, al aire, sino que deben conservarse en un lugar sagrado y, excepcionalmente, en los hogares de la familia del difunto.

²⁵ LUGONES, RAMÍREZ y RÍOS (2015), pp. 120-128.

enfermedades incurables y de dolores de entidad. Con todo, lo indicado algunos lo propugnan para el caso de cansarse de vivir, es decir, supuestos en los que no se padece de dolencia o enfermedad alguna y, de todos modos, se pretende aplicar la eutanasia: se trata de esta entendida como el “hastío de la vida”.²⁶

A mayor abundamiento, es más factible un sólido apoyo a todas las consecuencias del principio de autonomía, incluso, a las susceptibles de calificarse como más extremas, por parte de lo que sostienen posturas agnósticas o ateas. En este orden de ideas, no existen normas religiosas que seguir (no atentar en contra de la propia vida) y, por lo mismo, no se presenta la preocupación por el destino eterno, dado que se considera que con la muerte se acaba de un modo inexorable el devenir del hombre.

Sin perjuicio de lo explicitado, el mundo agnóstico y el ateo reconocen la importancia de los códigos axiológicos de las diversas confesiones religiosas. Así, Habermas indica que, con abstracción de la significación numérica de las religiones, estas reclaman un lugar en el debate público que caracteriza a las sociedades modernas y, por ello, pueden influir en la sociedad. Añade el nombrado autor que, en estos días, se aprecia una creciente sensibilidad a las intervenciones de los representantes de la religión (Habermas plantea que existe una considerable alza en el número de los que profesen el Islam y la variable pentecostés del protestantismo), lo que es sinónimo de la fragmentación de las sociedades modernas, las que estarían atravesadas por conflictos de índole axiológica que requieren de algún tipo de tratamiento político, como sucede, además de la eutanasia, con el aborto, las cuestiones bioéticas vinculadas a la medicina reproductiva, la tutela que debe otorgarse a los animales y las alteraciones ambientales.²⁷

A estas alturas de nuestro trabajo, es pertinente introducir el análisis de Torres de las ideas de Dworkin, en particular, de su obra “La religión sin Dios”. Así, se sostiene que probablemente no resulta acertado establecer una división tajante, en términos absolutos, respecto de los valores de los religiosos, por una parte, y los criterios axiológicos de los ateos y de los agnósticos. En este sentido, muchos que se consideran agnósticos o ateos tiene convicciones y han vivido en sus vidas profundas experiencias similares a las de los miembros de una religión. Así, aunque no creen en un Dios creador, sí piensan que es viable la existencia de una rectora y omnipotente fuerza en el universo que represente una realidad inefable, incomprensible de abarcar para la inteligencia humana.

Súmese a lo agregado que los ateos y los agnósticos, al igual que las personas religiosas pueden desear fervientemente vivir un largo período de tiempo y sentir rechazo a la ya aludida eutanasia “cansancio de la vida”. En palabras de Torres: “Al mirar la magnificencia del Gran Cañón del Colorado o investigar acerca de los últimos descubrimientos sobre nuestro vasto universo, no somos ajenos al estremecimiento inexplicable, pero tan real como el dolor, de que la verdad moral y la maravilla de la naturaleza no simplemente evocan asombro, lo exigen”.²⁸

²⁶ ARNAIZ. Disponible en <https://polikracia.com/espana-y-el-derecho-a-morir-una-tarea-pendiente-ii-impactos-socio-politicos-del-modelo-holandes/>. Fecha de última consulta: 24 de mayo de 2021.

²⁷ HABERMAS (2008), p. 7.

²⁸ TORRES (2014), p. 522.

Considerando lo indicado en los párrafos precedentes, es decir, la riqueza y diversidad del género humano, podemos afirmar que existen valores propios de las personas religiosas, otros exclusivos del sector ateo o agnóstico de la sociedad, pero, al mismo tiempo, y probablemente ello represente el porcentaje más elevado, existen muchos valores, compartidos por las personas con independencia de su credo religioso, como la solidaridad, libertad, la igualdad y la justicia, entre otros.

Aplicando lo señalado al tema que ha reunido nuestro interés, existen personas religiosas, ateas y agnósticas que se manifiestan en contra de la eutanasia directa. A la inversa, no solamente las personas que no adhieren a religión alguna están dispuestas a debatir sobre una eventual regulación de la eutanasia; varios miembros de confesiones religiosas han expresado posturas favorables a dicha posibilidad.

Pensando en las exequias, sabido es que la masonería, aunque caracterizada por su ancestral secretismo, hace público algunos de sus ritos en los funerales de sus miembros. Sabido es que una persona agnóstica, atea, incluso cristiana, puede pertenecer a la masonería. Famoso fue el funeral en México de Benito Juárez, el que se caracterizó por ser multitudinario. Como es sabido, Juárez fue un apasionado masón y, en su funeral, pudo apreciarse con nitidez los rituales que prescribe la masonería en tales ocasiones. A propósito de dicha ritualidad, en palabras de Vásquez, *“En la parte superior del carro fúnebre en que eran conducidos los restos mortales de Juárez, brillaba una estrella masónica de metal amarillo con cinco puntas, posada sobre un compás y una escuadra. Estos dos últimos símbolos representan respectivamente el cielo y la tierra y, por ende, la libertad, para vincularse con toda la humanidad y la disciplina para regular las acciones en función de alcanzar la perfección y el progreso. Asociados con la estrella, hacen que ésta figure al hombre regenerado, radiante como la luz, en medio de las tinieblas del mundo profano”*.²⁹

La observancia de los indicados ritos puede tener un muy positivo efecto en la psicología de los parientes del fallecido. Desde un punto de vista sociológico, estos han sido tratados como estrategias simbólicas que norman las interacciones entre las personas y las culturas.³⁰

A la luz de las ideas expuestas, parece indiscutido que el particular código axiológico y religioso respetado por una persona determinada es fundamental para efectos de varias de sus decisiones más importantes. De lo anterior no se escapa el testamento vital. Así, a propósito de estos es importante conocer qué pensaba el testador con respecto a la enfermedad, los dolores y su tratamiento, y la muerte. Por tanto, de regularse en Chile el testamento vital entendemos que sería muy útil que los testadores dejasen constancia de sus respectivos códigos valóricos en una *values history*, de forma tal de facilitar la ejecución del nombrado testamento.

Lo mismo respecto de la cremación, puesto que, obviamente, los agnósticos y los ateos no se ven limitados por los requisitos que sobre el particular deben cumplir los que profesan la religión católica.

²⁹ VÁSQUEZ (2006), pp. 25-26.

³⁰ TORRES (2006), pp. 107-118.

Tampoco les son oponibles las concepciones que sobre el particular sostienen las restantes confesiones religiosas.

En Chile, distintas iniciativas han procurado disciplinar el testamento vital. Pareciera ser que, considerando el momento actual por el que atraviesa la sociedad chilena, caracterizado por ansias de cambio y de mayor libertad, se ha generado un caldo de cultivo apropiado para regular el testamento vital y la *values history*. Sobre dicho punto nos explayaremos en las líneas siguientes.

III. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY

Al momento de escribir estas líneas, en el Congreso Nacional de Chile se encuentra discutiendo un Proyecto de Ley sobre Muerte Digna y Cuidados Paliativos.³¹ En suma, se pretende introducir en el sistema jurídico la eutanasia, la que es denominada “asistencia médica para morir” y se regulan los cuidados médicos paliativos. En efecto, con respecto a lo primero, se consagra en el Proyecto que analizamos el derecho del paciente a no padecer dolores o sufrimientos intolerables, evitar la prolongación artificial de la vida y a solicitar la asistencia médica para morir. Estos tres derechos serán incorporados a la Ley N°. 20.584 sobre derechos y deberes del paciente.³²

En conformidad a lo prescrito en el artículo 16 A del Proyecto, la persona diagnosticada con un problema de salud grave e irreparable tiene derecho a la asistencia médica para morir. Según la citada norma, “Una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando: 1.- Ha sido diagnosticada de una enfermedad terminal, o 2.- Cuando cumple las siguientes condiciones copulativamente: a) Tiene una enfermedad o dolencia seria e incurable. b) Su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades. c) Su enfermedad, dolencia o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos persistentes e intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables”.³³

Como podemos advertir, la eutanasia estaría disponible no solamente para aquellos afectados por una enfermedad terminal, sino que, además, para quienes sean diagnosticados con una enfermedad seria que no posea cura médica, que cause un deterioro aguzado y sin solución de sus capacidades y que sea la causa de dolores de alta entidad.

Resulta interesante destacar que el dolor al que se refiere el artículo 16 A también puede ser de naturaleza psíquica. Esto nos sugiere diversas cavilaciones, la primera vinculada a una noción integral del dolor y la segunda relativa a lo que tradicionalmente ha motivado la eutanasia.

³¹ Boletines refundidos n°. 7.736-11 y 9.644-11.

³² Publicada en el Diario Oficial de fecha 24 de abril de 2012.

³³ Para un mejor análisis de la materia, revítese, Boletín Legislativo del Centro UC de la Familia. Actualidad Legislativa de Familia. El rol de la familia frente al término de la vida: una reflexión a propósito del Proyecto de Ley de Eutanasia. Boletines refundidos n°. 7.736-11 y 9.644-11 (coord. GÓMEZ, Adela), (vol. 2 n°. 1).

A propósito de lo primero, concordamos con que el dolor no puede ser circunscrito exclusivamente a su dimensión corporal y que, en consecuencia, también debe considerar su faceta subjetiva o psicológica. En esta senda, podríamos afirmar que todos experimentamos el dolor de una manera distinta. A mayor detalle, es sabido que una serie de elementos de clara naturaleza subjetiva influyen en la sensación de dolor. Así, podemos hablar de la reacción del enfermo ante la enfermedad y del acompañamiento familiar.

Enfocándonos en la reacción del enfermo, se presentan escenarios diversos si este acepta la enfermedad (lo que requiere de una gran presencia de ánimo) o si, por el contrario, manifiesta un rechazo a la situación compleja que le ha tocado afrontar. La percepción del dolor aumenta en los casos en que se repudia la existencia de la enfermedad, a dicho repudio, según el caso de que se trate, le acompañan sentimientos de angustia, ira, desazón y de no merecer el destino que la dolencia supone.

A la inversa, aceptar la realidad que supone la enfermedad y su probable desenlace fatal influye en la disminución de las sensaciones de dolor. Sin perjuicio de ello, una positiva actitud del enfermo facilita su intervención en las decisiones relativas a su propia salud: *“Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, que ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. Ello implica una consideración activa de la persona, lo cual es precisamente lo que se intenta conformar a partir de la aplicación de la estrategia de intervención”*³⁴

Con respecto a lo segundo, es público y notorio el rol de primer orden que puede desempeñar la familia del enfermo. Un enfermo terminal o incurable rodeado de su familia tiene menores sensaciones de dolor. Por el contrario, la sensación de padecimiento sufre un alza exponencial en el caso de los enfermos solos o abandonados por sus familias. La familia es fuente de consuelo, proporciona seguridad, cuidados³⁵ y compañía. Así, el enfermo advierte que tendrá ayuda que le permitirá avanzar en el sendero pedregoso que deberá necesariamente recorrer.

Teniendo presente todo lo indicado, es necesario que los profesionales de la medicina consideren la utilidad de monitorear y, de ser necesario, tratar, especialmente en el plano psicológico, a la familia (y seres queridos) del enfermo, dado que ello redundará en un mayor bienestar del paciente. Lo último implica *“un enfoque innovador que se basa en asociaciones beneficiosas, en la toma de decisiones y cuidado del paciente, entre los profesionales de la salud y las familias. Esta orientación considera al paciente y a su entorno como una única unidad de cuidado, que requiere una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería”*³⁶

La noción tradicional de eutanasia ha estado ligado a la experimentación de dolores infinitos en cuanto a su duración y de extrema gravedad. Para tal efecto siempre se han considerado los dolores

³⁴ FABELO, MARTÍN e IGLESIAS (2011), p. 9.

³⁵ Muchos cuidados médicos, como la administración de analgésicos, entre estos, los derivados de la morfina y, en las etapas finales de la enfermedad, la propia morfina, tienen lugar en los respectivos hogares de los enfermos terminales.

³⁶ PUEYO, PUEYO y PARDAVILA (2015), p. 94.

físicos, no los de índole subjetiva. Por ello, llama la atención la inclusión del dolor en su faceta psicológica en el texto del Proyecto que comentamos. En este sentido, si se revisa el devenir histórico de la eutanasia podrá advertirse con rapidez que esta siempre estuvo ligado a dolores físicos incurables de gran entidad, pero no comprendía la dimensión psicológica de aquel. En este razonamiento debe tenerse en cuenta que, salvo situaciones especiales, como podría ser un cuadro particularmente agravado de depresión endógena, las enfermedades mentales pueden ser tratadas por los profesionales de la psicología y de la psiquiatría. Con todo, ninguna duda queda que el Proyecto de ley que analizamos incluye la entidad del dolor psicológico.

En el proyecto en análisis la asistencia médica para morir puede operar en dos modalidades, según lo indicado en el artículo 16 A. En conformidad a la primera, un profesional de la salud administra al enfermo una sustancia, a pedido de este, que le causa la muerte. En otros términos, se admite la denominada eutanasia directa. La segunda modalidad consiste en que el profesional de la salud prescribe y dispensa al paciente una sustancia mortal, para que sea el propio paciente el que se la autoadministre. Como podrá advertir el lector, la segunda modalidad puede ser incluida dentro del denominado “auxilio al suicidio”.

Resumiendo el contenido de las letras B y D del artículo 16, para probar el cumplimiento de los requisitos que hacen procedente la asistencia médica para morir, se necesita:

1. El informe favorable de dos médicos especialistas en la enfermedad o dolencia de que se trate

En virtud de lo señalado deberían quedar eliminados los temores relativos a que personas que no presentan una enfermedad terminal o incurable accedan a la eutanasia. De no ocurrir lo anterior, claramente, se desvirtuaría la pretendida regulación de la eutanasia. Con todo, aplicando el principio de realidad, esto es, a la luz de la permanente ocurrencia en Chile de negligencias médicas, nos permitimos poner un manto de dudas sobre un efectivo cumplimiento en la práctica de este primer requisito.

2. El solicitante debe ser mayor de edad

A la luz de lo indicado, por ahora, se excluye uno de los supuestos más dramáticos de eutanasia y que ha generado una gran polémica a nivel internacional: la eutanasia de niños, niñas y adolescentes. La eutanasia de estos ha sido aceptada en Holanda, siempre que el niño, niña o adolescente sea mayor de doce años y en Bélgica, con independencia de la edad del menor. En ambos casos, se requiere de la voluntad de los padres.³⁷ En el contexto latinoamericano, la eutanasia infantil también

³⁷ Comentando estas legislaciones, se ha observado lo siguiente: “La nueva normativa belga que autoriza la eutanasia infantil, consagra que el menor, independientemente de su edad, puede optar por poner término a su vida bajo determinadas circunstancias. Así, deberá: 1) ser sometido a un examen psicológico que confirme su capacidad de discernimiento para tomar tal decisión; 2) acreditarse que se encuentra bajo un constante e insoportable dolor que no puede ser aliviado, 3) que éste resulta de una condición de sufrimiento físico accidental o patológico grave e incurable, siendo su muerte a corto plazo inevitable, y 4) serán los padres quienes deberán autorizar la eutanasia en forma expresa y por escrito antes de que ésta pueda ser aplicada. De esta forma, y cumpliéndose dichos requisitos, podrá procederse a la eutanasia de cualquier menor. La ley holandesa, en cambio, no autoriza en ningún caso la eutanasia en menores de 12 años. Pero sí la autoriza en mayores de 12 y menores de 16 años, siempre y cuando los padres presten su autorización en forma expresa, y en mayores de 16 y menores de 18 años, simplemente oyendo a los padres”, BECA y LEIVA (2014), p. 609.

ha sido permitida en Colombia.³⁸

3. En tercer lugar, se exige que la persona esté consciente al momento de realizar la solicitud o que con anterioridad hubiese manifestado su voluntad en un “documento de voluntad anticipada”. El pleno uso de las facultades deberá ser certificado por un psiquiatra o por un especialista en medicina familiar.

Se trata de un requisito común a todo acto jurídico, pero cuya relevancia es aún más evidente dado que la manifestación de voluntad en comento acarrearía la muerte de una persona. Siempre pensando en la consecuencia de la eutanasia, de nada servirán alegaciones posteriores relativas a una ausencia de este requisito, salvo, por ejemplo, en lo tocante a eventuales responsabilidades tanto civiles como penales de los profesionales de la medicina.

En las páginas siguientes nos referiremos al documento de voluntad anticipada.

4. La voluntad debe explicitarse de una manera expresa, razonada, reiterada, inequívoca y ausente de presiones externas

Como podemos advertir, se excluye la voluntad tácita, por lo tanto se trata de una excepción a la regla en virtud de la cual la voluntad puede manifestarse de manera explícita o tácita, según lo decida el agente de la declaración de la voluntad. Se rodea de resguardos a la declaración de voluntad objeto de la eutanasia, puesto que se exige que sea razonada, que se manifieste en más de una oportunidad, que no se ambigua y que se encuentre libre de presiones foráneas.

5. Finalmente, debe ejercerse el derecho por escrito, ante ministro de fe y con la presencia de dos testigos. En caso de no poder el paciente manifestar por escrito su voluntad, podrá hacerlo oralmente, de lo que deberá dejarse la debida constancia.

En consecuencia, en principio, se establece una solemnidad: el ejercicio del derecho debe constar por escrito. Pero, teniendo en vista que el estado de salud pueda tornar en imposible aquello, se permite que la voluntad se exteriorice verbalmente, aunque en dicho evento, de todos modos, deberá extenderse la constancia respectiva.

El Proyecto también define en la letra J del artículo 16 el documento de voluntad anticipada en el siguiente sentido: “*acto por el cual una persona capaz y mayor de edad, expresa su decisión futura de recibir asistencia médica para morir, cuando padeciendo de un problema de salud grave e irremediable, de acuerdo con los requisitos y formas establecidas en la ley, se viere impedido de ejercitar su derecho por encontrarse en un estado de inconsciencia o privación de facultades mentales, ambos de carácter irreversible*”.

Como es fácil advertir, el documento de voluntad anticipada regulado en el Proyecto tiene por objetivo

³⁸ Véase, REYES y SUÁREZ (2019), pp. 1-12.

único dejar establecida la voluntad a favor de la práctica de la eutanasia. No se contemplan los objetivos que en el Derecho comparado propiamente se entienden como propios de las directivas anticipadas, testamentos vitales o cualquiera que sea la denominación que se prefiera. Nos parece inexplicable esta cercenamiento del contenido del documento de voluntad anticipada: si se permite autorizar en él la eutanasia, asunto de las más elevada complejidad, válidamente podemos cuestionarnos por qué no se ha contemplado que posibilite otras manifestaciones de voluntad, como las ya aludidas relativas a la admisión o rechazo de procedimientos de soporte vital o de donación de órganos o del cuerpo.

IV. REFLEXIONES FINALES

Por nuestra parte, consideramos positivo que se regule en Chile el testamento vital. Cuestión diversa es si entendemos adecuada la especial regulación de este, que, bajo la forma del documento de voluntad anticipada, se pretende instaurar en el Proyecto de Ley al que nos hemos referido en el subtítulo antecedente.

A mayor detalle, el usualmente llamado testamento vital, como ya hemos indicado en varias oportunidades, apunta a cuestiones vinculadas a la mantención mediante vías artificiales de la vida y a la disposición de los órganos y/o del cuerpo. Aunque, desde luego, su contenido en algunos ordenamientos jurídicos extranjeros incluye la eutanasia, testamento vital no es sinónimo de eutanasia directa. Con la regulación proyectada del documento de voluntades anticipadas se pierde una oportunidad de resolver cuestiones vinculadas a los contenidos señalados. Una manifestación de lo señalado es la *Do not attempt resuscitation*, la que es reconocida como un contenido de directriz anticipada en el Reino Unido. Como su denominación lo precisa, se trata de dejar constancia de la voluntad contraria a la administración de un procedimiento de resucitación en caso de sufrir un paro cardiorespiratorio; de ahí que se considere que es un instrumento de aplicación de una forma de eutanasia pasiva.³⁹

El Proyecto de Ley también se refiere a los cuidados paliativos, los que se presentan como una opción a la eutanasia directa. Por nuestra parte, adherimos a la postura que sugiere pronunciarse a favor de la opción consistente en la aplicación de cuidados médicos paliativos y en contra de la regulación de la eutanasia directa. La medicina paliativa, eficaz herramienta ante los excesos del encarnizamiento terapéutico, reconoce que la dignidad de la persona se mantiene incólume hasta su último respiro y admite, además, que la medicina no puede recuperar la salud de todos los pacientes. De este modo, es un imperativo ético el reducir en la mayor medida de lo posible el dolor que experimentan los pacientes, lo que incluye, en las etapas finales de las enfermedades, la sedación total del enfermo. En otros términos, puede ser inevitable recurrir a la “sedación terminal”, esto es, aquella que causa como resultado una disminución profunda e irreversible de la conciencia del enfermo próximo a morir, lo que se justifica dado que dicha sedación es la única alternativa eficaz para evitar que el paciente (y su familia) continúe sufriendo.⁴⁰

³⁹ CARRASCO Y CRISPI (2016), p. 1600.

⁴⁰ AZULAY (2003), p. 50.

Fuera de los supuestos de sedación terminal, como lo ha señalado Giraldo-Cadavid, también tiene aplicación la medicina paliativa, la que se combina con la utilización de los cuidados ordinarios, como la alimentación y la hidratación, los que no pueden arbitrariamente dejar de ser administrados. Así, en palabras del citado autor: *“Hay que tener en cuenta que, aunque la muerte sea inminente, los cuidados ordinarios no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos y otros medicamentos paliativos en los pacientes con enfermedades terminales, aunque tengan como efecto secundario el acortamiento de los días de vida que le quedan al enfermo, es éticamente lícito si la muerte no es buscada como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como un efecto adverso e inevitable de la terapia”*.⁴¹

Con todo, entendemos que el análisis del problema quedaría trunco si no incluimos en él la variante subjetiva. De esta manera, es necesario y humano sentir empatía por aquellos que desean la aplicación de una eutanasia directa o activa, puesto que el ser presa de sufrimientos de alta entidad, en el contexto de una enfermedad terminal o incurable, constituye un drama cuya entidad nos conduce a no constituirnos en jueces de quienes han optado, según sus propios códigos axiológicos, por acudir a la eutanasia directa o activa.

La eutanasia activa es la que ha generado mayores debates. Efectivamente, la llamada eutanasia pasiva, de común ocurrencia tanto en los hospitales como en las clínicas, no persigue lograr la muerte de una persona. Por el contrario, se fundamenta en el imperativo moral de atenuar y, en su caso, eliminar los dolores de que adolece una persona, aunque como efecto secundario, no deseado, se produce la disminución de la vida del enfermo. Dicho proceder entre en el campo de la medicina paliativa.

Con todo, los testamentos vitales poseen un contenido que supera claramente a la pura eutanasia activa, puesto que, según hemos dado cuenta en este trabajo, tales documentos aluden a cuestiones tan relevantes como la aceptación o rechazo de ciertos procedimientos. En definitiva, con independencia del contenido de un testamento vital, queda claro que el análisis de este no puede realizarse sin incluir en el razonamiento las particulares concepciones éticas del testador, puesto que, se trata de materias íntimamente conectadas.

Terminamos esta parte afirmando la necesidad de pensar en las cuestiones abordadas en el presente trabajo. Desde luego, es necesario reconocer que ellas no constituyen un tema de análisis habitual en nuestra sociedad. Así, el tema que ha motivado estas páginas, especialmente, el temor que este nos provoca conspira en contra de su común tratamiento. En otros términos, ilusamente se pretende ignorar la cuestión, esconderla, como si dicha conducta, de alguna manera, tuviese el poder de eliminar o de retardar su inexorable llegada.

Teniendo en vista lo anterior, propugnamos que las cavilaciones sobre el dolor, la enfermedad y la muerte estén más presentes en nuestros pensamientos y conversaciones y, en general, en el debate público. Ningún mal puede provenir de ello, por el contrario, pensamos que implica ponerse de frente a escenarios que, más tarde o más temprano, todo individuo de la especie humana deberá experimentar. Así, prepararse debidamente para la mencionada triada tranquilizará a la persona y, como

⁴¹ GIRALDO-CADAVID (2008), p. 166.

consecuencia de ello, a su familia, por lo que, en definitiva, se traducirá en un efecto positivo para la sociedad en que nos ha tocado vivir, llena de preocupaciones por cuestiones finitas, naturalmente caducables, las que, no obstante, se han transformado muchas veces en los motivos que dan sentido a nuestras existencias.

V. CONCLUSIONES

En virtud del trabajo realizado, podemos arribar a las siguientes conclusiones:

1. Desde hace algunas décadas, en el campo de los estudios bioéticos, ha adquirido preponderancia como criterio de adecuación de conductas con las exigencias de la ética, el principio de autonomía, de esta manera, el sitio preponderante está ocupado por el verdadero querer debidamente manifestado de las personas. Como una manifestación de lo que acabamos de indicar, han surgido los llamados, entre otras denominaciones, “testamentos vitales”.
2. En línea con lo anterior, el particular código axiológico adoptado por las personas infunde notablemente en las decisiones propias del testamento vital. Lo indicado nos ha conducido a pensar y plantear al lector la relevancia de la *values history*, esto es, de documentos en que, como su propia denominación nos lo enseña, dan cuenta del sistema de valores al que adhiere la persona que ha emitido un testamento vital. Así, los referidos documentos contribuyen en la labor de interpretar la voluntad del testador.
3. En el Proyecto de Ley sobre Muerte Digna y Cuidados Paliativos, actualmente en trámite en el Congreso Nacional, se regula la eutanasia, los cuidados paliativos y el testamento vital, el que es llamado documento de voluntad anticipada. Lamentamos que el contenido de este documento se limite a permitir la manifestación de voluntad del otorgante con respecto a la eutanasia y no comprenda los demás contenidos tradicionales del testamento vital. Por lo indicado, pierde riqueza dicho documento de voluntad anticipada y se desperdicia la oportunidad de poder normar la voluntad que versa sobre cuestiones de máxima importancia, como la eventual aplicación o no de una determinada técnica de reanimación. Esperamos que la crítica que hemos formulado sea subsanada durante las discusiones en el Congreso Nacional.
4. En definitiva, todo lo indicado en el presente artículo nos conduce a sostener que el sistema axiológico al que adhieren las personas constituye una parte fundamental de todos los documentos relacionados al triunvirato conformado por el dolor, la enfermedad y la muerte. Aunque lo anterior pueda parecer una afirmación muy obvia, debe considerarse que, a lo menos, en estos días, el referido triunvirato está alejado de constituir un punto que esté particularmente presente en los pensamientos de los que integran nuestra sociedad.
5. Sin perjuicio de lo indicado, probablemente el Proyecto de Ley al que nos hemos referido motivará que el debate público se centre únicamente en la eutanasia activa, pero, según ya hemos indicado, con ello se desperdicia la chance de analizar en todas sus dimensiones nuestros propios códigos axiológicos en función del dolor, de la enfermedad y de la muerte, realidades imposibles de evitar en la trayectoria de todos los individuos de la especie humana.

BIBLIOGRAFÍA

Doctrina citada

- Arnaiz Chico, Elisa. “España y el derecho a morir: una tarea pendiente. (II) Implicaciones socio-políticas del modelo holandés”. Disponible en <https://polikracia.com/espana-y-el-derecho-a-morir-una-tarea-pendiente-ii-impactos-socio-politicos-del-modelo-holandes/>. Fecha de última consulta: 24 de mayo de 2021.
- Atienza Macías, Elena, Armaza Armaza, Emilio y de Miguel Beriain, Iñigo (2015): “Aspectos bioético-jurídicos de las instrucciones previas o testamento vital en el contexto normativo español”, en: *Acta Bioethica* (vol. 21 n°. 2).
- Atighetchi, Dariush (2008): “Islamismo y eutanasia”, en: *Medicina y Ética*. En: *Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica* (vol. 19 n°. 2).
- Azulay Tapiero, Armando (2003): “La sedación terminal. Aspectos éticos”, en: *Anales de Medicina Interna* (vol. 20 n°. 12).
- Azulay Tapiero, Armando (2001): “Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?”, en: *Anales de Medicina Interna* (vol. 18 n°. 12).
- Barrios, Emilia Elena, Espinoza, Milagros, Leal, Ulises, Ruiz, Nelina, Pinto, Viana y Jurado, Beatriz, (2011): “Bioética y el empleo de animales de experimentación en investigación”, en: *Salus* (vol. 15 n°. 2).
- Beca, J. P. y Leiva, A. (2014). “Podría ser aceptable la eutanasia infantil”, en: *Revista Chilena de Pediatría* (vol. 85 n°. 5).
- Benítez Pérez, María, Artiles Jiménez, Edelys, Victores Moya, Jorge, Reyes Roque, Ania, Gómez Pacheco, Reinaldo y Calderón Medina, Néstor (2018): “La guerra biológica: un desafío para la humanidad”, en: *Revista del Archivo Médico de Camagüey* (vol. 22 n°. 5).
- Borgoño Barros, Cristián (2009): “Bioética global y derechos humanos: ¿una posible fundamentación universal para la bioética? Problemas y perspectivas”, en: *Acta Bioethica* (vol. 15 n°. 1).
- Carrasco, Víctor Hugo y Crispi, Francisca (2016): “Eutanasia en Chile: una discusión pendiente”, en: *Revista Médica de Chile* (vol. 144 n°. 12).
- Correa Casanova, Mauricio (2006): “La eutanasia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público”, en: *Veritas* (vol. 1, n°. 15).
- Fabelo Roche, Justo, Martín Alfonso, Libertad e Iglesias Moré, Serguei (2011): “La aceptación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia”, en: *Revista Cubana de Salud Pública* (vol. 37 n°. 1).
- Giraldo-Cadauid, Luis Fernando (2008): “Muerte, eutanasia y cuidados paliativos”, en: *Persona y Bioética* (vol. 12 n°. 2).
- Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011): “Eutanasia y acto médico”, en: *Revista Médica de Chile* (vol. 139, n°. 5).
- Gutiérrez Samperio, César (2016): “¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?”, en: *Cirujano General* (vol. 38 n°. 3).
- Habermas, Jürgen (2008): “El resurgimiento de la religión, ¿un reto para la autocomprensión de la modernidad?”, en: *Dianoia* (vol. 53, n°. 60).

- Jiménez Rolando y Rojo, Onofre (2008): “Ciencias, tecnología y Bioética: una relación de implicancias mutuas”, en: *Acta Bioethica* (vol. 14 n° 2).
- Lugones Botell, Miguel, Ramírez Bermúdez, Marieta y Ríos Rodríguez Juan José (2015): “La cremación”, en: *Revista Cubana de Medicina General Integral* (vol. 31 n° 1)
- Mercado Pérez, Raúl (2013): “La responsabilidad ética en la toma de decisiones dentro de las organizaciones”, en: *Sincronía* (n° 64).
- Misseroni Raddatz, Adelio (2000): “Consideraciones jurídicas en torno al concepto de eutanasia”, en: *Acta Bioethica* (n° 2).
- Mondaca Miranda, Alexis (2021): “Los cuidados paliativos del enfermo terminal, una mirada desde la Bioética”, en *Homenaje al Profesor Carlos Ruiz-Tagle Vial*, Santiago, 2021, en prensas.
- Mondaca Miranda, Alexis (2020): “Del testamento vital” ¿Es necesaria su disciplina en el Derecho chileno?, en: *Revista Jurídica Internacional, Universidad Católica de Temuco* (núm. 1).
- Nebot, Cristina, Ortega, Blas, Mira, José Joaquín y Ortiz, Lidia (2010): “Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas”, en: *Gaceta Sanitaria* (vol. 24 n° 6).
- Pueyo Garrigues, Sara, Pueyo Garrigues, María y Pardavila Belio, Miren (2015): “Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico. Caso clínico”, en: *Gerokomos* (vol. 26 n° 3).
- Puyol, Ángel (2012): “Hay Bioética más allá de la autonomía”, en: *Revista de Bioética y Derecho* (n° 25).
- Quijada-González, Cristina y Tomás y Garrido, Gloria María (2014): “Testamento vital: conocer y comprender su sentido y significado”, en: *Persona y Bioética* (vol. 18, núm. 2).
- Ramos González, Alicia (2010): “Cuando sus cuerpos se hicieron humo: lo indecible de la shoá a través de los textos literarios femeninos”, en: *Revista Chilena de Literatura* (núm. 76).
- Revello, Rubén (2013): “La contribución del principalismo anglosajón a la Bioética”, en: *Vida y Ética* (núm. 1).
- Reyes, Dairon y Suárez, Gabriela (2019). “Eutanasia para menores de edad en Colombia, dilemas éticos y jurídicos de la muerte digna en niños, niñas y adolescentes”, en: *Bioderecho* (núm. 10).
- Siurana Aparisi, Juan Carlos (2010). “Los principios de la Bioética y el surgimiento de una Bioética intercultural”, en: *Veritas* (núm. 22).
- Szlajen, Fishel (2012): “El judaísmo y los dilemas de la eutanasia ¿Cuáles son los límites de la vida?” Disponible en: <https://www.delacole.com/cgi-perl/medios/vernota.cgi?medio=comunidades&numero=531¬a=531-6>. Fecha de última visita: 24 de mayo de 2021.
- Tapia-Adler, Ana María (2016): “Notas sobre judaísmo y Bioética”, en: *Acta Bioethica* (vol. 16, núm. 1).
- Torres Castellanos, Alejandro (2014): “Dworkin, Ronald, La religión sin Dios, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 2013, 192 pp.”, en: *Anuario de Filosofía y Teoría del Derecho* (núm. 8).
- Torres, Delci (2006): “Los ritos funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas”, en: *Sapiens* (vol. 7, núm. 2).
- Vásquez Mantecón, María del Carmen (2006): “La ceremonia fúnebre y los símbolos masónicos”, en: *Muerte y vida eterna de Benito Juárez. El deceso, sus rituales y su memoria*, UNAM, Mexico D.F., 2006.

Normativa y documentos citados

Internacionales

Natural Death Act, USA, 1967.

Uniform Rights of the Terminally Act, USA, 1985.

Nacionales

Proyecto de Ley sobre Muerte Digna y Cuidados Paliativos, Boletines refundidos nº. 7.736-11 y 9.644-11.
Ley Nº 20.584 sobre Derechos y Deberes del Paciente, de 24 de abril de 2012.

Boletín Legislativo del Centro UC de la Familia. Actualidad Legislativa de Familia. El rol de la familia frente al término de la vida: una reflexión a propósito del Proyecto de Ley de Eutanasia. Boletines refundidos nº. 7.736-11 y 9.644-11 (coord. Gómez, Adela), (vol. 2 nº. 1).