



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# Perspectiva bioética final de la vida

Constanza Briceño Ribot  
Ciencias Sociales III  
Septiembre, 2019



**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE





**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE

<https://vimeo.com/10419481>

<https://www.youtube.com/watch?v=zhPdYVJzIxM>

# Manuel Almeyda y el derecho a morir



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Dr. Enrique Paris

Presidente del Colegio Médico de Chile

Presente

Estimado Dr. Paris:

Necesito plantearle un problema, en la esperanza que con su participación se logre encontrar una solución.

Tengo 89 años y desde hace algunos años sufro una insuficiencia respiratoria y cardíaca junto a otros problemas propios de mi edad. Desde hace algunos meses mi situación se ha agravado haciéndome oxígeno dependiente y con incapacidad para movilizarme. Cada día que pasa mi deterioro es mayor impidiéndome realizar hasta las actividades habituales e incluso leer. La vida que tengo es insufrible e indigna como es la que llegan a tener las personas en mis mismas condiciones.

Esa es la razón por la que le quiero proponer a usted que el Colegio Médico promueva la creación de una comisión de hombres justos que estudien la mejor forma de poner término a la vida de las personas que estén en una condición de vida terminal y que así lo deseen.

Esta forma justa y digna de poner fin a la vida de quien sufre ya un daño irreparable, se ajusta a los derechos humanos que cualquier ciudadano debería tener. Lo demuestran así los países que tras largas discusiones han incorporado en su legislación esta posibilidad como son Bélgica, Suiza, Inglaterra, algunos estados de Estados Unidos y Australia. Incluso en América Latina hay países que de alguna u otra forma se han preocupado del problema y le han dado alguna salida.

Esperando usted acoja esta solicitud para que nuestro país también legisle al respecto, le saluda atentamente,

DR. Manuel Almeyda Medina

RUT 1886271-9

EN DEBATE

Rev Chil Salud Pública 2014;  
Vol 18 (2): 206-209

Eutanasia

La Ley 20.584 se entrampó desde los primeros debates realizados hace más de doce años por iniciativa de la ministra de Salud Dra. Michele Bachelet, en el problema de la autonomía del paciente y si acaso era éticamente legítimo desconocerla cuando su decisión de omitir tratamiento implicaba la aceleración de la muerte. Para unos, era la puerta de entrada de la eutanasia médica, para otros, siempre en minoría, nos parecía arbitrario e impresentable limitar las decisiones voluntarias y competentemente expresadas, de no continuar con medidas terapéuticas que atrasaban la muerte y prolongaban el proceso de vida residual cargada de sufrimientos. En los doce años que demoró la legislación y promulgación de la ley, fue este el tema que mantenía polémicas insalvables, terminando con presentar a la ciudadanía una ley defectuosa en lo jurídico y en lo ético, de un conservadurismo paternalista que excluye el asentimiento informado de los legalmente menores de edad, y cercena la autonomía del paciente cuando solicita que la medicina le ayude a morir en vez de empeñarse en mantener una vida indeseada de sufrimiento y desesperanza.



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Miguel Kottow  
Unidad de Bioética y  
Pensamiento Biomédico  
Escuela de Salud Pública



Limitación  
versus  
adecuación del  
tratamiento

Encarnizamiento  
terapéutico

Rechazo al  
tratamiento

Planificación  
anticipada de  
cuidados

Orden de no  
reanimar

Muerte  
encefálica

Eutanasia y  
suicidio asistido

Buen morir

Cuidados  
paliativos



# Limitación versus adecuación del tratamiento



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

- Avances tecnológicos segunda mitad siglo XX
- Evolución desde **limitación del esfuerzo terapéutico (LET)** a **adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)**

*“como consecuencia de la deliberación entre paciente y profesional, que se fundamenta en una relación asistencial terapéutica que busca la participación y crece en la mutua confianza” (Hernando y cols, 2007)*

# Limitación versus adecuación del tratamiento



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

- **LET:** retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima (Simón y cols, 2008).
- **Rechazo de tratamiento o denegación del consentimiento:** por parte del paciente

# Limitación versus adecuación del tratamiento



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

- **AET:** proceso de deliberación compartida mediante el diálogo, que podrá concretarse en acciones específicas aplicable en situaciones de rápida decisión (persona con falla respiratoria) o en procesos más lentos (persona recientemente diagnosticada de cáncer).
  - Valoración médica → juicio clínico correcto
  - Pronóstico
  - Incertidumbre

La esencia de la AET es la relación de confianza entre profesional-usuario/a y el diálogo

# Planificación anticipada de decisiones



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

- Fundamento ético en la autonomía: “autonomía prospectiva”
- Permite llevar a la práctica la adecuación proporcional del esfuerzo terapéutico

Resultado de un proceso entre paciente y profesionales sanitarios, con la participación de la familia y otras personas vinculadas, para conocer las preferencias de la persona con el objetivo de establecer los objetivos asistenciales de forma conjunta y facilitar las decisiones en caso de que el paciente deje de ser capaz de tomarlas en un futuro

Directrices anticipadas

Testamento vital

# Encarnizamiento terapéutico



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

- Obstinación terapéutica, distanasia
- Antítesis de la muerte digna (Gherardi, 1998)
- Adoptar medidas terapéuticas o diagnósticas, generalmente con fines curativos, no indicadas en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o usar medios extraordinarios o tratamientos no indicados en esta situación clínica, con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía
- ¿Por qué? Falta de formación, intención de curar, aceptación del morir

# Muerte encefálica



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

- Ley 19.451 que establece normas sobre trasplante y donación de órganos:
  - Ningún movimiento voluntario observado durante una hora
  - Apnea luego de tres minutos de desconexión de ventilador
  - Ausencia de reflejos troncoencefálicos
- ❖ Establece normas sobre trasplante y donación de órganos
- ❖ Define muerte siguiendo criterios neurológicos
- ❖ Permite realizar diagnóstico de muerte encefálica sin pruebas instrumentales
- ❖ Incluye criterios diagnósticos específicos para pediatría
- ❖ Permite conocer la voluntad de donación de órganos

# Muerte encefálica



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Muerte clínica del individuo. Requiere la demostración de la pérdida irreversible de dos funciones: la capacidad de respiración y la capacidad de conciencia tanto en su dimensión de alerta como en su dimensión de auto-reconocimiento

**Tribunal Constitucional (1995):** *“Al realizarse el diagnóstico de muerte cerebral no cabe ya mantener a un paciente conectado a un ventilador porque está legalmente muerto”*

Hoppe, 2012  
Díaz, 2009

# Donación de órganos



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

<https://www.youtube.com/watch?v=UxIWirosalY>

- Ley 20.673 modifica ley 19.451 que establece normas sobre trasplante y donación de órganos:

Se reemplaza lo siguiente:

*Las personas cuyo estado de salud lo requiera tendrán derecho a ser receptoras de órganos. Toda persona mayor de dieciocho años será considerada, por el solo ministerio de la ley, como donante de sus órganos una vez fallecida, a menos que hasta antes del momento en que se decida la extracción del órgano, se presente una documentación fidedigna, otorgada ante notario público, en la que conste que el donante en vida manifestó su voluntad de no serlo. El notario deberá remitir dicha información al Servicio de Registro Civil e Identificación para efectos del Registro Nacional de No Donantes, según lo establezca el reglamento respectivo.*

# Donación de órganos



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

- Ley 20.673 modifica ley 19.451 que establece normas sobre trasplante y donación de órganos:

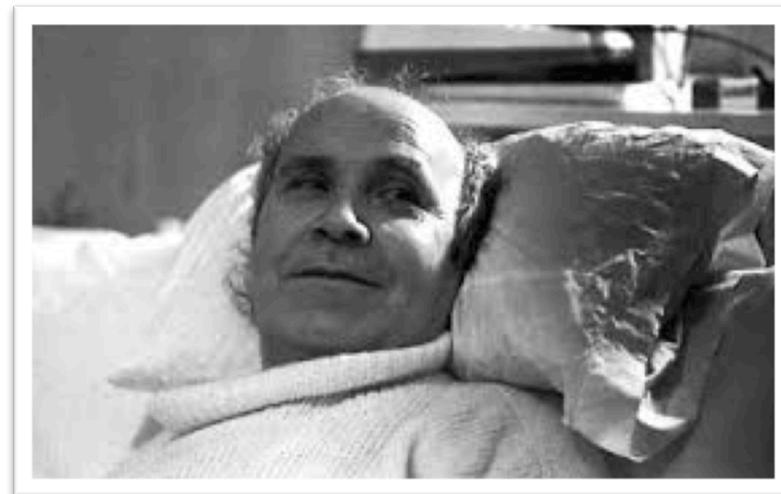
Se reemplaza lo siguiente:

*En caso de existir duda fundada respecto de la calidad de donante, se deberá consultar en forma previa sobre la extracción de uno o más órganos del fallecido, por orden de prelación, a las siguientes personas:*

- a) El cónyuge que vivía con el fallecido o la persona que convivía con él en relación de tipo conyugal.*
- b) Cualquiera de los hijos mayores de 18 años.*
- c) Cualquiera de los padres.*
- d) El representante legal, el tutor o el curador.*
- e) Cualquiera de los hermanos mayores de 18 años.*
- f) Cualquiera de los nietos mayores de 18 años.*
- g) Cualquiera de los abuelos.*
- h) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive.*
- i) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive.*

## Muerte asistida:

- El caso de Terri Schiavo, EEUU
- El caso de Eluana Englaro, Italia
- El caso de Ramón Sampedro, España



# Algunos antecedentes para la reflexión bioética



## Eutanasia

Buen-morir. Acción u omisión que acelera la muerte

## Suicidio asistido

Provisión de los medios necesarios para que una persona, de forma voluntaria, termine con su vida

**Víctor Hugo Carrasco, médico del Servicio de Geriatría del Hospital Clínico de la Universidad de Chile: “No quisiera que mis hijos me muden”**

No quiero que otro tenga que esforzarse en extremo para que yo viva si no hay posibilidades de recuperarme. En mi profesión me toca ver personas que viven más allá de lo que la propia naturaleza, que muchos llamarán Dios, tiene programado. La ciencia y la tecnología han avanzado tanto que a veces confundimos el objetivo y, en vez de ayudar, creemos que tenemos que luchar a todo evento contra un enemigo que se llama muerte. Pero la muerte no es un enemigo, es una certeza absoluta.



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

La Tercera  
25.10.14

Recuerdo a un paciente que vino a la consulta hace 10 años por una enfermedad crónica. Siempre aclaró que no quería que le prolongaran la vida artificialmente. Terminamos siendo amigos. Este verano se agravó. Tenía 90 años y varias enfermedades, entre ellas, una fibrosis pulmonar que lo ahogaba hasta al conversar y un glaucoma que lo tenía prácticamente ciego. Era un lector voraz y decía: “No puedo moverme, no puedo conversar y no puedo leer. Los únicos placeres que tenía. No quiero seguir”. La familia y los médicos respetamos eso. Le hicimos un tratamiento paliativo en su casa para que se sintiera mejor, pero que no lo iba a mejorar, y partió en la cama donde había fallecido su mujer, rodeado de sus libros, de su familia y de su gente. Murió donde quería.

**Tabla 1. Consideraciones sobre la eutanasia en Holanda<sup>(6,9)</sup>**

- La eutanasia debe realizarse por un médico.
- El médico debe consultar a un segundo médico independiente apoyo para verificar que el paciente cumple con los requerimientos.
- Requiere de una solicitud voluntaria, largamente considerada, informada, consistente en el tiempo. De preferencia escrita o documentada de otra manera.
- Contempla eutanasia y suicidio asistido.
- Requiere del sufrimiento inaguantable de la persona que lo solicita sin posibilidades de superación de esa situación.
- Es aplicable a menores de edad (12 a 17 años) con el consentimiento de sus padres.
- Se puede aplicar a recién nacidos bajo circunstancia específicas.
- Las personas con deterioro cognitivo pueden acceder a eutanasia, siempre y cuando hayan dejado una directriz anticipada previa.
- Debe ser llevada a cabo por un profesional responsable del paciente, que se mantenga en contacto y disponible para éste hasta que fallezca.
- El profesional debe idealmente tener una relación terapéutica establecida con el paciente.
- El médico debe dejar por escrito que el paciente rechazó todas las alternativas sobre cuidados.
- El médico debe reportar la muerte al comité sobre eutanasia.



**Tabla 3. Protocolo muerte digna Colombia - Julio 2015<sup>(24)</sup>**

- Definición de eutanasia: “acto o la práctica de matar o permitir la muerte por causas naturales por razones de compasión, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, un sufrimiento intolerable o una muerte indigna”.
- Población: enfermos mayores de 18 años en fase terminal que expresen su consentimiento para la aplicación del procedimiento que garantice su derecho a morir con dignidad o lo hayan expresado previo a la instauración de dicha condición.
- **Proceso de evaluación:**
  - 1) Evaluación del estado cognitivo (*Cognitive Failures Questionnaire, Mini-Mental*)
  - 2) Evaluación de competencias para tomar decisión de tratamiento (comunicación de la elección, comprensión de la información relevante, consentimiento informado, valoración de situación y consecuencias, razonamiento de las opciones) MacArthur. Competence Assessment Tool for Treatment.
  - 3) Acompañamiento integral (lista de chequeo sobre el proceso: declaración de pronóstico, identificación como “enfermedad terminal”, opciones ante el diagnóstico, acceso a cuidados paliativos, asesoría permanente. Condiciones de rechazo a cuidados paliativos).
- **Condiciones:**
  - 1) Pronóstico cierto
  - 2) Libertad de elección
  - 3) Evaluación depresión

# Pero, ¿qué dice nuestra ley?



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.

**En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.**

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.



**Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.**

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.

El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte (Artículo 393, Código Penal).

El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona [...] (Artículo 19, Constitución Política de la República de Chile).

2015

Valentina, de 14 años, con fibrosis quística, envía video a Presidenta Michelle Bachelet para solicitar eutanasia

2014

Manuel Almeyda envía carta solicitando al Coledio Médico la discusión sobre la eutanasia

## ¿Qué sucede en Chile?

Febrero 2018

Paula, de 19 años, con diagnóstico no especificado, solicita a la Presidenta Michelle Bachelet la eutanasia. En junio, vuelve a pedirla, esta vez al Presidente Sebastián Piñera

Agosto 2018

Comisión de la Cámara de Diputados ha avanzado en una medida que busca modificar la Ley 20.584

Agosto 2019

Comisión de Salud de la Cámara de Diputados despacha a sala proyecto de **despenalización de la eutanasia y suicidio asistido** (desde 16 años y 14 con autorización de representantes legales)



<https://www.youtube.com/watch?v=TuHhBT8frjs>

# AMORTANASIA

[¿Quiénes Somos?](#)

[Método y Paciente](#)

[Firma por la despenalización](#)

[Noticias](#)

[Léxico Dignitas](#)

[Testamento](#)

[Proyecto](#)

[Archivos](#)

[Red de Apoyo](#)

[Contacto](#)



PROYECTO  
**MOKITA**

[Quiénes Somos](#)

[Café de la Muerte](#)

[Proyectos](#)

[Noticias](#)

[Participa](#)

[Biblioteca](#)

## La verdad que conocemos, pero acordamos no hablar

Proyecto Mokita busca naturalizar la muerte en las conversaciones de la vida. Desde la sociedad civil contribuimos al debate en torno a la comprensión de la muerte mediante la generación de espacios de acción, reflexión y extensión.

CONÓCENOS

# Eutanasia

## Realidad nacional



- Artículo 9° Código de Ética del Colegio Médico: “el médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna”.
- Hastings Center
  - i. La prevención de enfermedades y lesiones, y la promoción y la conservación de la salud;
  - ii. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males;
  - iii. La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables;
  - iv. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila
- Ley 20.584: art. 14 y 16

# ¿Qué dificulta las decisiones al final de la vida?



- Aceptación de enfermedades que llevarán a la persona a estadios terminales
- Influencia en decisiones de los/las pacientes de los valores personales de los/las profesionales
- Reconocimiento de la cura como fin de la medicina
- Capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propia vida  
(autonomía: “un espacio reservado, sin restricciones, para la acción voluntaria de la persona [...] que se apoya en la imagen implícita de una persona moralmente libre” (Palacios y Romanach, 2007))

# ¿Qué dificulta las decisiones al final de la vida?



- Expectativas de profesionales, pacientes y familiares
- Estrés y ansiedad, conflicto de valores
- Subjetividad del concepto de calidad de vida
- Temor a la propia muerte



**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# Cuidados Paliativos



**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE



# Definición Cuidados Paliativos

OMS, 2002

- Cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales

Twycross, 2010

- Atención activa y total de los pacientes y sus familias por parte de un equipo multidisciplinario cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta

Sociedad Europea de  
Cuidados Paliativos, 1999

- Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan

Atención integral, activa y continuada del *paciente y sus familiares*, realizada por un equipo interdisciplinario, cuando la expectativa no es la curación, sino proporcionar *calidad de vida*, sin alargar la supervivencia.

Deberá cubrir aspectos físicos psicológicos, sociales y espirituales, y si es necesario deberá extenderse hasta el período de duelo, y necesidades específicas como:

Control de  
Síntomas

Continuidad del  
cuidado

Flexibilidad

Trabajo  
interdisciplinario



**Aliviar dolor y otros  
síntomas**

**Atender psicológica y  
espiritualmente a los  
pacientes terminales**

**Ofrecer un sistema de  
apoyo que ayude a los  
pacientes a llevar una  
vida lo más activa  
posible hasta la  
muerte, promoviendo  
autonomía, integridad  
personal y autoestima**

**Brindar sistema de  
apoyo que ayude a las  
familias a afrontar la  
enfermedad del  
paciente y sobrellevar  
el período de duelo**

# Principios de los Cuidados Paliativos



1. Atención integral
2. Paciente y familia como unidad a tratar
3. Promoción autonomía y dignidad como base de las decisiones terapéuticas
4. Concepción terapéutica activa
5. Importancia del ambiente por influencia en el control de síntomas
6. Fundamentos bioéticos

## CECILY SAUNDERS (1918 – 2005)

- Década de los 60
- Tendencia a esconder la muerte
- Reemplazo del escenario del morir
- Movimiento Hospice
- St. Christopher's Hospice



St. Christopher's Hospice demostró que un buen control de síntomas, adecuada comunicación y acompañamiento emocional, social y espiritual mejoran significativamente la calidad de vida de las personas y sus familias

- 1977: surge la Medicina Paliativa
- 1980: OMS incorpora el concepto de Cuidados Paliativos
- 1990: OPS
- 1992: SECPAL
- 2003: En Chile, GES “Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado”. Última actualización: 2011

# Cuidados Paliativos en Chile



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Antecedentes sociodemográficos últimas cuatro décadas:

Cambios tasas de  
natalidad y mortalidad

Control enfermedades  
infecciosas +  
urbanización +  
industrialización +  
cambios estilos de vida

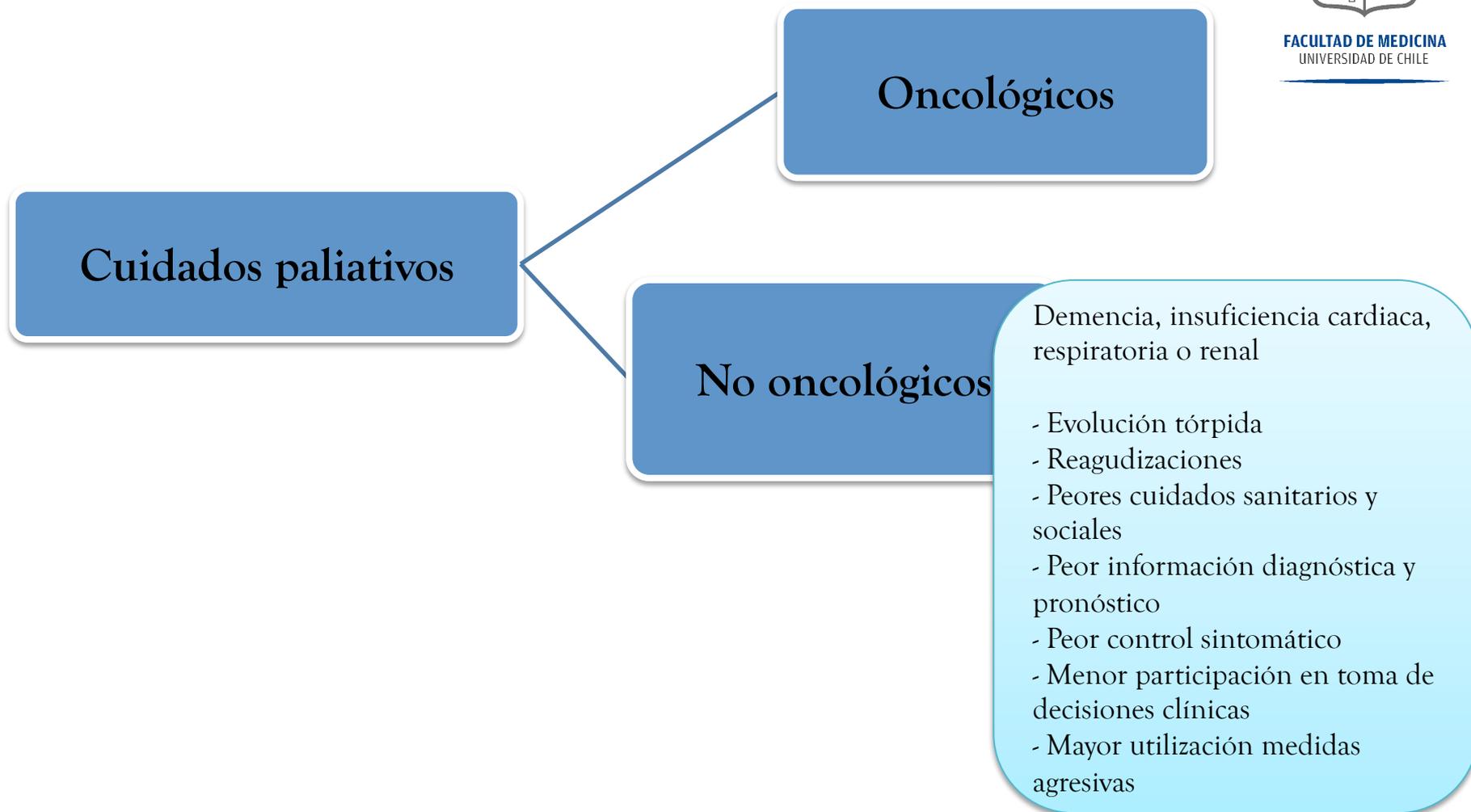
Aumento expectativas de  
vida

Envejecimiento  
progresivo + alta  
prevalencia ECNT

# Cuidados paliativos oncológicos v/s no oncológicos



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE



# Criterios de diferenciación

## Paciente con patología oncológica:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte
- Pronóstico de vida inferior a seis meses

SECPAL

## Paciente con patología no oncológica:

- a) Insuficiencias orgánicas:
  - Insuficiencia cardiaca congestiva
  - Oclusión crónica al flujo aéreo
  - Insuficiencia hepática
  - Insuficiencia renal terminal
- b) Enf. Neurológicas degenerativas:
  - Demencia
  - Parkinson
  - ELA
- c) SIDA (inmunosupresión grave)
- d) ACV no rehabilitable con múltiples complicaciones
- e) Poliulcerados e inmovilizados



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

NHO, 1996

I. Paciente muy mayor con vida limitada debido a: diagnóstico específico, varios diagnósticos o sin un diagnóstico claramente definido. El paciente y/o familia están informados de la situación.

II. Paciente y/o familia, previa información-comunicación, han elegido tratamiento de control de síntomas sobre tratamiento curativo.

III. Paciente presenta alguno de los siguientes:

**A: Documentación clínica de progresión de la enfermedad que puede incluir:**

- 1) Progresión enfermedad primaria demostrada a través de sucesivas valoraciones, estudios complementarios, entre otros.
- 2) Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. en los últimos 6 meses.
- 3) Numerosas demandas de atención sanitaria en domicilio o institución.
- 4) Objetivación de un declive funcional reciente:
  - a) Declive reciente en pacientes con reducción previa de la funcionalidad por enfermedad crónica
  - b) Disminución funcional documentada por: dependencia en al menos 3 ABVD (bañarse, vestirse, comer, transferencias, continencia, capacidad de deambular independiente al baño)

**B: Documentación de alteración nutricional reciente relacionada con el proceso terminal**

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.

Para el correcto ejercicio del derecho establecido en el inciso primero, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, **tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad**, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual [...].



**FACULTAD DE MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE



Gracias