

Copiapó, 16 abril 2026
Asamblea Colegio Médico de Chile

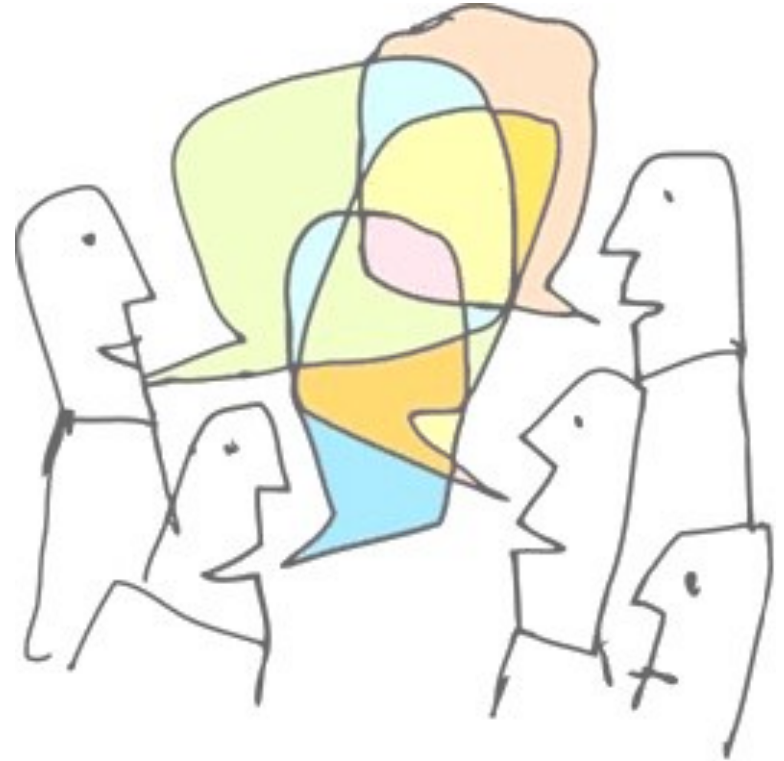
Eutanasia como práctica médica: dos modelos, dos pacientes

Constanza Micolich V.



Contenido

- La importancia de las definiciones para el diálogo
- Panorama mundial legislativo
- Normativa ética actual
- Relatos de lo vivido; dos modelos, dos pacientes...



eu thanatos: buena muerte, muerte dulce...

No hay acuerdo con respecto a su definición.



RAE: Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura. Muerte sin sufrimiento físico

AMM la define como el acto en el cual un médico administra deliberadamente una sustancia letal o realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste.

Según la EAPC, se sugiere abandonar apellidos y neologismos (activa/pasiva, directa/indirecta, voluntaria/involuntaria, criptotanasia, ortotanasia, distanasia)

Suicidio asistido

Cuando una persona (habitualmente un/a médico/a) **asiste** intencionalmente a una persona a **terminar con su vida entregando o prescribiendo** las drogas necesarias para su autoadministración, previo a una solicitud **voluntaria y competente**.

Múltiples fármacos (DDMAPH: digoxina, diazepam, morfina, amitriptilina y fenobarbital) por vía oral, por SNG, gastrostomía o rectal.



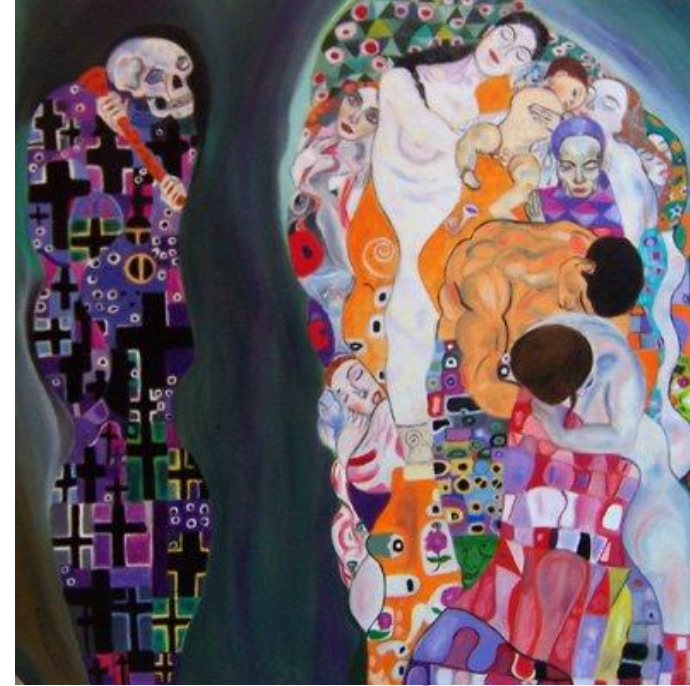
Asistencia médica para morir (AMpM) se refiere a eutanasia y suicidio asistido

Distinciones

AET: Retirar o no iniciar medidas terapéuticas que se estiman que en la situación del paciente no lo benefician. Obedece al principio de no maleficencia. Permite la muerte.

Rechazo de tratamiento: derecho a rechazar intervenciones de salud salvo excepciones (peligro para la salud pública o emergencia vital, súbita e inesperada).

Sedación paliativa: Administración de fármacos para reducir la consciencia del paciente tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios.



Muerte y vida. Gustav Klimt 1910

Panorama legislativo de AMpM

Países Bajos, 2002

Bélgica, 2002

Luxemburgo, 2009

Colombia, 2015

Canada, 2016

Australia (5e), 2019

Nueva Zelanda, 2020

España 2021

Portugal 2023, Uruguay 2025

Ecuador 2024 (fallo constitucional)



SOLO SUICIDIO ASISTIDO

Suiza, 1942

[EE.UU](#)

- Oregon
- Washington
- Montana
- Vermont
- Maine
- Hawaii
- New jersey
- California
- New mexico
- Colorado

Alemania, Austria, Italia
(sentencias)

¿Es compatible la eutanasia con la práctica médica?

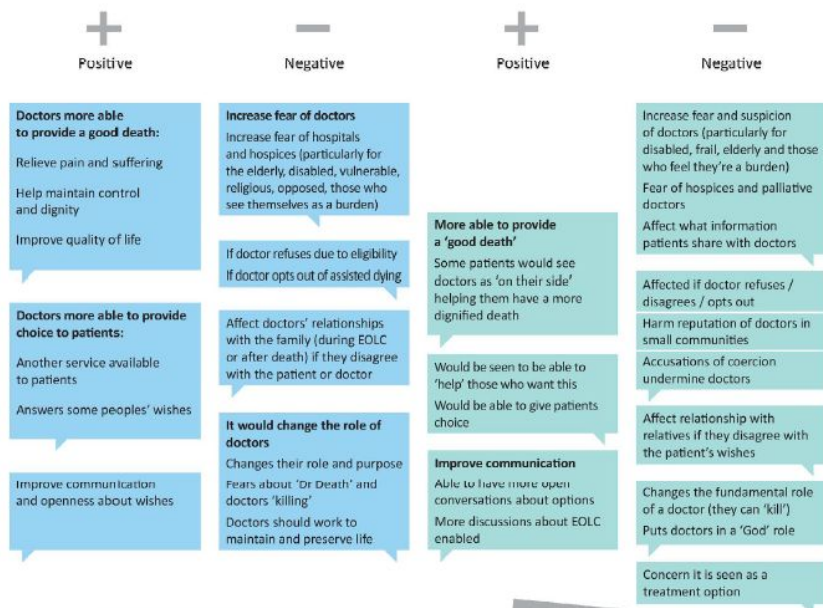
“Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo...- Juramento Hipocrático

Declaraciones de la AMM 2019, reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica.

Código de ética COLMED 2022 Artículo 9. El médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna.

Fines de la medicina (Hastings Center, 1994): alivio del dolor y el sufrimiento, posibilitar una muerte en paz.

The impact of the legalisation of physician assisted dying on doctor-patient relationships



Public



Doctors

- Temor a los hospitales y hospicios
- Temor a erosionar la confianza en la profesión
- Temor a qué información se debe compartir
- Temor a que cambie la relación con la familia
- Cambiar de rol "doctor muerte"
- Temor a la reputación de un médico que rechaza solicitud, médicos bajo coerción

Dos modelos, dos pacientes...



Contenidos básicos de la Ley de Eutanasia de Bélgica de 2002.

Puntos clave	Contenido
Eutanasia	Acto intencionado de terminar con la vida de una persona a petición de ésta.
Requisitos del sujeto	En el momento de la solicitud: <ul style="list-style-type: none">- Mayor de edad- Menor emancipado- Capaz y consciente Puede revocar su solicitud en cualquier momento.
Requisitos sobre el estado de salud	Pronóstico de no recuperación Sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin alivio posible. Enfermedad grave e incurable
Requisitos de la petición	La petición de eutanasia debe ser: <ul style="list-style-type: none">- Voluntaria- Reiterada- Reflexionada- Libre de presión externa- Escrita: redactada, firmada y fechada por el paciente. Si no está en condiciones de hacerlo, lo realizará un adulto designado por el paciente que no tenga ningún interés material en la muerte de éste. La persona designada mencionará que el paciente es incapaz de hacer su solicitud por escrito y los motivos. En este caso, la solicitud es registrada en presencia del médico, cuyo nombre se mencionará en el documento. Este documento se adjuntará a la historia clínica del paciente. En caso de revocación se eliminará la petición de la historia clínica y se le devolverá al paciente. Se anotará en la historia clínica del paciente todo el proceso de toma de decisiones.

Obligaciones del médico	<p>El médico debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente sobre su estado de salud y su pronóstico. - Dialogar con el paciente sobre su petición de eutanasia y sobre las posibles alternativas terapéuticas y paliativas así como sus consecuencias. - Llegar juntos a la convicción de que no hay alternativa razonable para el paciente. - Asegurar que es una petición completamente voluntaria - Certificar el carácter permanente del sufrimiento físico y mental del paciente y de su petición reiterada. - Conversar con el paciente de forma periódica, teniendo en cuenta la evolución de su estado de salud. - Consultar a otro médico sobre la naturaleza grave e incurable de la enfermedad, e informarle de los motivos de la consulta. El médico consultado examinará el informe del paciente, certificará el carácter constante, insoportable y no tratable de su sufrimiento físico o psicológico, y redactará un informe. El médico consultado debe ser independiente en relación al paciente y al médico del paciente. Debe ser competente en la patología en cuestión. El médico debe informar al paciente de los resultados de esta consulta. - Deliberar sobre la petición del paciente con el equipo de Enfermería. - Si el paciente lo desea, comentar la petición con los parientes que él señale. - Asegurar que el paciente ha comentado su petición con las personas que desea.
Paciente No-Terminal	<p>1. Paciente no terminal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El médico debe consultar a otro médico –psiquiatra o especialista en la patología en cuestión- indicándole los motivos de la consulta. El médico consultado examinará al paciente, revisará el informe y certificará el sufrimiento físico y psíquico permanente, insoportable y no susceptible de alivio del paciente. Redactará un informe con sus impresiones. Este médico consultado ha de ser independiente de los dos médicos anteriores y del paciente. - El médico del paciente informará a éste sobre los resultados de la consulta. - Dejar pasar un mes entre la petición de eutanasia y la aplicación de la misma.

- [VV.AA](#) solo si está inconsciente de manera irreversible.
- Ningún médico puede ser obligado a realizar una eutanasia. No tiene obligación en derivar al paciente pero debe entregar datos de la ficha al colega que lo solicite.

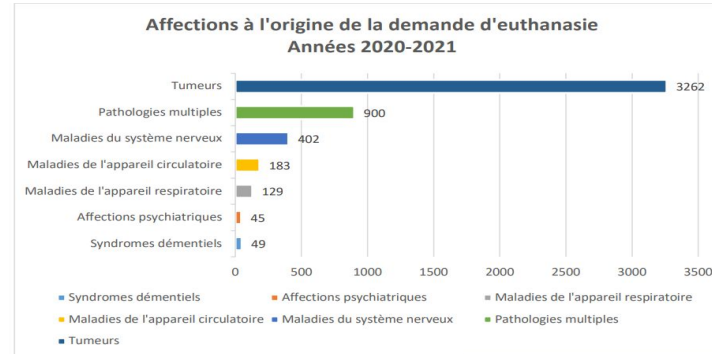
Modelo belga

Sin modificaciones al código penal

Decisión compartida entre profesional médico y paciente. El paciente tiene el derecho a solicitar una eutanasia pero no a "recibir" una eutanasia

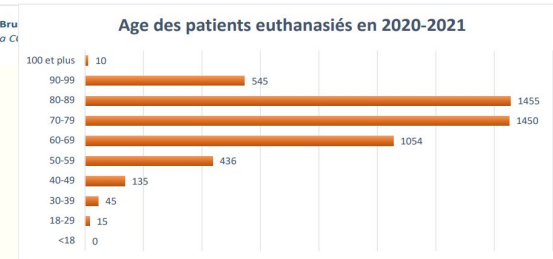
Consulta con médico externo/ conversar acerca de la solicitud con el resto del equipo y los cercanos.

Control social a posteriori



nées 2020-2021)

© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles
Source : Dixième rapport aux Chambres législatives de la CEE



© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles
Source : Dixième rapport aux Chambres législatives de la CEE (années 2020-2021)

Mujer de 75 años, con cáncer vulvar, prurito y dolor refractario al tratamiento paliativo. Recibió múltiples esquemas de quimioterapia.

Vivió en Singapur toda su vida y viajó a Bélgica a recibir el mejor tratamiento disponible. Solicita eutanasia durante la hospitalización.

Su médica (mi tutora) conversa varios días con ella y con sus hijos. Ella persiste en su solicitud por una semana.

Sus hijos no estaban de acuerdo con la decisión, pero deciden acompañarla.

Mi tutora solicita la autorización de la paciente para que yo pueda estar ahí.



...esa mañana fuimos a verla antes que al resto de los pacientes. La mujer no lloraba y hasta esbozaba una sonrisa; nos dijo que estaba esperando que fuera “el momento”. La doctora volvió a preguntarle si estaba segura, ella respondió que sí, sin dudarlo.

Añadió: cuando lo hagas; tienes que asegurarte de que esté bien hecho, asegúrate que esté muerta. Antes de irnos agregó: no llegues tarde, sé puntual.

La doctora estuvo atareada toda la mañana, me explicó que había muchísimos psos administrativos que hacer y que la ley exige que sea ella quien los haga personalmente; no pude ayudarla en nada.

Algunos minutos antes de la hora acordada volvemos a la habitación de la paciente para preguntarle una vez más. No duda; de hecho, parece desearlo cada vez más. Unos minutos después nos encontramos en la habitación, la enfermera, la doctora y yo.. La mujer parece muy tranquila, la doctora se despide:

Ha sido un placer conocerte, eres una mujer muy valiente. Fue una suerte haber caído en sus manos, agradezco que sea usted quien haga esto.

Eutanasia: pesares de una navegación solitaria

Euthanasia: sorrows of a lonely navigation

Constanza Micolich V.

RESUMEN

En este relato cuento mi experiencia en Bélgica donde pude presenciar una eutanasia. Intento expresar cómo fue para la médica a cargo y mis reflexiones a propósito de la necesidad de apoyo para aquellos dispuestos a acompañar en este complejo proceso.

Palabras clave: Eutanasia, experiencia, médicos, cuidados.

Bélgica cuenta con cuidados paliativos del más alto estándar y en donde además se despenaliza a los médicos que realizan una eutanasia bajo ciertos criterios. Visité ese país ansiosa por aprender de este modelo integrado y de las experiencias de colegas paliativistas. En un hospital oncológico de referencia nacional tuve la oportunidad de asistir a este proceso y guardando la confidencialidad que la paciente y mi tutora merecen, me gustaría compartir esta experiencia y algunas reflexiones.

Particularidades in situ

La evaluación de la elegibilidad es de un médico que tiene múltiples conversaciones con el paciente para llegar al convencimiento de que es la mejor decisión.

Dicen abiertamente que la última palabra es del profesional médico

Los profesionales médicos dispuestos tienen que hacer mucho trabajo administrativo, solos, sin tiempo destinado para ello

Hay conflictos con pacientes que solicitan eut con “enfermedades mentales”

En algunos centros se solicita una evaluación por comité de ética (SaintLuc)



Fundación Santa Fe de Bogotá



Entidad privada sin fines de lucro

Más de 50 años de ejercicio

Reconocimiento Planetree, Atención centrada en la persona
Acreditación Joint Commission International

ranking IntelLat 2025, 3ero LATAM



Eutanasia en Colombia

Corte Constitucional despenaliza en 1997

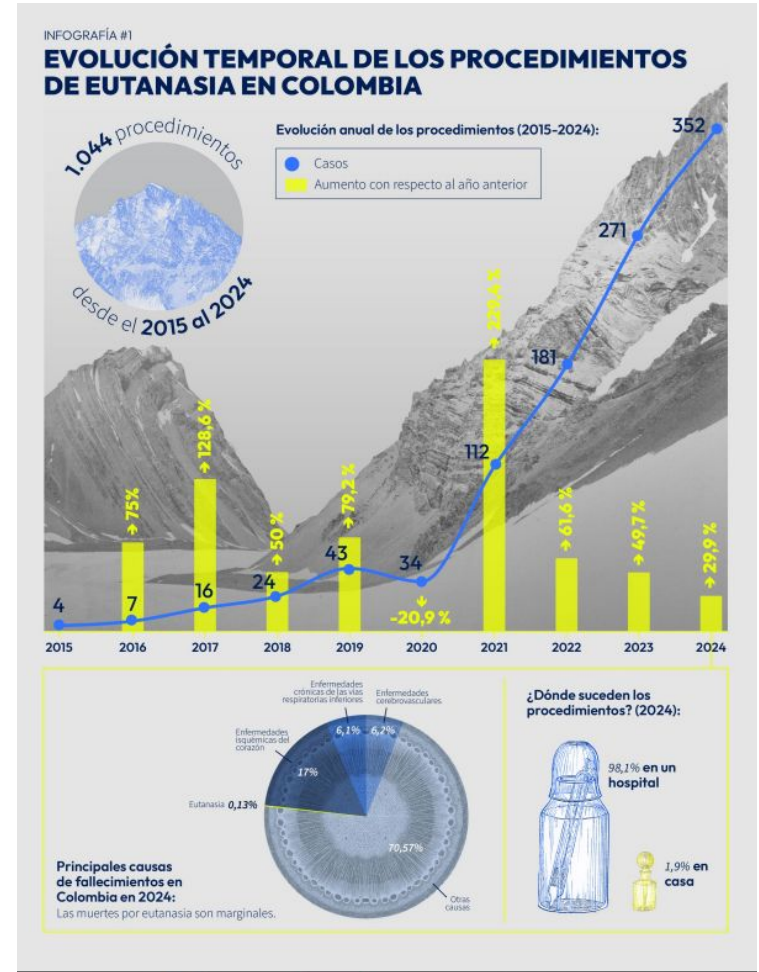
Desde 2015 –año en el que se reglamentó la eutanasia y comenzó el registro de los procedimientos– y hasta el 31 de diciembre de 2024, se han realizado 1.044 procedimientos de muerte médicamente asistida a través de la eutanasia en Colombia.

2024 , 352 eutanasias. 55% hombres, 44% mujeres.

Edad promedio 62 años.

75% con cáncer

De 10 solicitudes, 3 se aprueban por comite ex ante.



Eutanasia en Colombia

¿Quién puede acceder a la eutanasia? Personas en una situación de gravedad, por un diagnóstico de enfermedad, por una condición o por accidente, que sufre un intenso dolor y sufrimiento, que no tiene cura o proporcionalidad de mejora. (Resolución 229 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social). Personas que padezcan un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable. (Sentencia C-233 de 2021 de la Corte Constitucional)

¿Quién puede decidir? Toda persona mayor de edad bien informada sobre las implicaciones del procedimiento eutanásico, que la solicite conscientemente, o en caso de no estar consciente, haya expresado su voluntad anticipadamente por escrito. Las personas con discapacidades tienen derecho a recibir apoyos para la toma de la decisión. (Ver Ley 1996 de 2019 – Capacidad legal de personas con discapacidad) De los 6 años hasta los 14 años, es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño, niña o adolescente. De los 14 a los 17 años no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Siempre se informará a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente.

Mujer de 67 años, cáncer de páncreas etapa iv, que ingresa a hospitalizarse por dolor de difícil manejo. Durante la hospitalización solicita eutanasia.

Acudimos para programar la realización del comité interdisciplinario (10 días corridos).



Cuno Amiet, 1897

Ella tiene un mes para programar la eutanasia, pero quiere que sea en ese mismo instante. Su hija le pide por favor “que le dé tiempo”.

La pieza mira a un jardín lleno de monstera y orquídeas. Están sus hijas con sus maridos. Mi tutora le dice que estaré yo como parte del servicio de HyB, somos 9 personas con ella.

Una de sus hijas llora fuerte, le abraza la cabeza fuerte.

El médico dice “está usted tranquila?”

La paciente se ve serena y le contesta que sí, “entonces vamos a hacerlo”.

El médico introduce directamente la solución hecha por la enfermera, la paciente en 2 minutos deja de respirar de forma casi imperceptible.

Esperamos un minuto más, el médico la examina “ya está”.

La hijas se incorporan, respiran, miran al médico con una gratitud que nunca he visto “usted tiene un gran corazón, gracias por ayudar a mi madre”.



Cuno Amiet, 1897

Particularidades in situ

El comité científico interdisciplinario revisa que se cumplan los requisitos sin hacer preguntas sobre ¿es insoportable su sufrimiento? Se asume que si está pidiendo eut, es porque así es.

El médico que realiza la eutanasia es un médico que trabaja en el mismo lugar pero no es el tratante ni tienen conversaciones previas con la paciente. Al conversar con él, no refiere percibir estigmatizaciones.

No hay trabajo administrativo del médico, el reporte lo hace el comité.

No hay tiempo destinado ni pago asociado

No hay solicitudes aún por “enfermedades mentales”

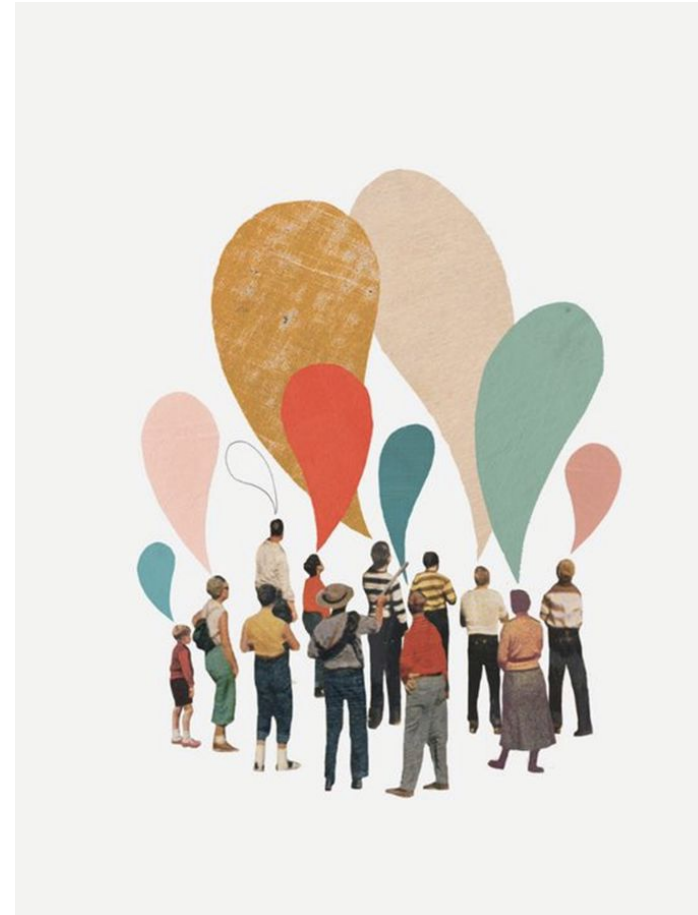
No hay reglamentación para suicidio asistido

Últimas reflexiones

Es un tema muy complejo, que tiene múltiples capas de análisis. Nos interpela como profesión y como ciudadanos.

La realidad muestra que la medicina y específicamente, los CP tienen un límite en su alcance para aliviar el sufrimiento y que muchos pacientes deciden acelerar su muerte pese a toda legislación.

Globalmente, el apoyo ciudadano es cada vez mayor, sin embargo la posición de los médicos será decisiva para la implementación de una futura ley.



Copiapó, 16 abril 2026
Asamblea Colegio Médico de Chile

Muchas gracias!!

Eutanasia como práctica médica: dos modelos, dos pacientes

Constanza Micolich V.



<https://paulaobrien.com/medical-assistance-in-dying-our-familys-journey/>

Proyecto de ley sobre el *derecho a optar por la asistencia médica para acelerar la muerte*

Enviado en 2021, sobre muerte digna y CP

Boletín núm. 7736-11, refundido con
9644-11, 11745-11, 11577-11

Modificación a la ley 20.584 y al código
penal, art. 391 y 393

Última actualización comisión de salud
senado, sept 2025.

No menciona concepto de eutanasia ni
suicidio asistido, pero sí asistencia médica
para morir (AMpM)

Proyecto de ley chileno.

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

Una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando:

1. Se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, o
2. 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.

Proyecto de ley chileno

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

- a) Tener un problema de salud grave e irremediable, conforme a lo dispuesto en el artículo 16 A, que haya sido diagnosticado por **dos médicos especialistas en la enfermedad** o dolencia que motiva la solicitud.
- b) Tener la **nacionalidad chilena**, residencia legal en Chile o certificado de residencia que acredite un tiempo de permanencia en territorio chileno superior a doce meses.
- c) Ser **mayor de 18 años** sin admitir excepción alguna.
- d) Encontrarse **consciente** en el momento de la solicitud. En caso de que el paciente esté inconsciente y dicho estado sea irreversible o se encuentre privado de sus facultades mentales, procederá la asistencia médica para morir sólo si existe un **documento de voluntad anticipada**.

Proyecto de ley chileno

e) Contar con la certificación de un **médico psiquiatra** que señale que, en el momento de la solicitud, el requirente se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y no sufre enfermedades de salud mental que afecten su voluntad.

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

Se entenderá que la voluntad ha sido expresada de forma reiterada si ha quedado registrada por el solicitante, por escrito, en los siguientes momentos identificados en esta ley:

- i. En el diagnóstico, según lo dispuesto en los artículos 16 A y 16 E.
- ii. Al ofrecer cuidados paliativos, según lo dispuesto en el literal b) del artículo 16 D, y en el literal d) del artículo 5.
- iii. Al ser evaluado por un médico psiquiatra, según lo dispuesto en el literal e) de este artículo,
- iv. Inmediatamente antes de practicar la asistencia médica para morir, según lo dispuesto en el literal i) del artículo 16 E.

Proyecto de ley chileno

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

- a) Proporcionar al paciente información completa acerca de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Se entiende por información completa la detallada en el artículo 10.
- b) Informar al paciente de los cuidados paliativos que procedieren, de su derecho a gozar de la compañía de las personas que estime conveniente y a recibir, cuando lo requiera, asistencia espiritual (...)
- c) Informar al paciente del derecho reconocido en el artículo 16 A, de los requisitos necesarios para hacerlo efectivo y de los procedimientos habilitados de asistencia médica para morir.

Artículo 16 G.- El médico requerido para practicar la asistencia médica para morir podrá abstenerse de realizarla cuando hubiese manifestado su **objeción de conciencia** al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa(...)

De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones durante el procedimiento. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante al paciente.

Proyecto de ley chileno

Artículo 16 H.- Queda estrictamente **prohibida la publicidad** sobre la oferta de centros, establecimientos, servicios, medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la aplicación de métodos destinados a poner término a la vida de las personas de conformidad con lo previsto en esta ley (...)

Artículo 20 C.- El comité señalado en el artículo 20 B elaborará un documento de registro que debe completar el médico que ha llevado a cabo la asistencia médica para morir, y dirigirlo al comité cada vez que lleve a cabo una asistencia médica para morir en el plazo máximo de cinco días hábiles posteriores a ésta.

INDICACIONES EJECUTIVO

Creación comité de garantía y evaluación.

Dos momentos de solicitud con 15 días de diferencia

Armonizan con la ley de cuidados paliativos universales 21.375

OC no institucional

Se describe donde se puede hacer una asistencia medica para morir

En vez de privación de facultades mentales se describe estado de inconciencia irreversible y deterioro cognitivo severo irreversible.

Puntos conflictivos del PdL

- Sufrimiento físico
- Momento de expresar la voluntad al diagnóstico
- Obligación del médico tratante de que al informar del dg de una condición grave e irremediable, se le informe sobre el derecho a la AMpM
- Uso de voluntades anticipadas
- Comisión *ex ante* o *ex post*