

MINUTA SOBRE PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA DIVERSOS CUERPOS LEGALES, CON EL OBJETO DE PERMITIR LA EUTANASIA EN CASO DE ENFERMEDADES TERMINALES (BOLETÍN 9.644-11)

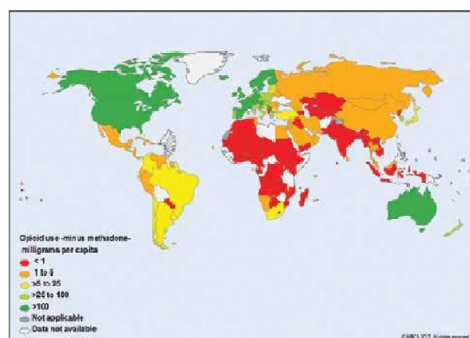
a) Sobre la necesidad de una ley de cuidados paliativos universales:

Durante el último año ha surgido el interés de parte de parlamentarios de diversos partidos políticos por legislar sobre la eutanasia, o terminación voluntaria de la vida con asistencia médica en caso de enfermedades terminales.

Desde el punto de vista de la medicina, es conocido el hecho de que, para discutir la eutanasia y en su caso aprobarla, se hace necesaria la existencia de un sistema que garantice el acceso eficiente adecuado y oportuno de cuidados paliativos a todos los ciudadanos de la zona en donde se pretenda aplicar. Así lo declara formalmente la O.M.S, que señala que *"los gobiernos deben asegurar que se ha dedicado especial atención a las necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre eutanasia."*¹

A nivel mundial, desde las organizaciones internacionales existe una gran preocupación por los altos niveles de desigualdad que se expresan en esta materia. Esto quiere decir que, es muy probable que la mayoría de la población no tenga acceso a suficientes medicamentos y atención médica al final de su vida. En el siguiente mapa gráfico se muestra la actual situación de la distribución de los opioides a nivel mundial. Este sugiere que en general los países que más medicamentos opioides utilizan per cápita son al mismo tiempo los más desarrollados. Todos los países en donde la eutanasia ha sido aprobada están a ese nivel (graficado en color verde). Como se observa, Chile no se encuentra en esta etapa aún (color amarillo).

Figure 28
Morphine equivalent total
opioid use worldwide



2

Tanto el aumento de la expectativa de vida como el envejecimiento de la población hacen prever que, si no se toman medidas concretas al respecto, la situación se mantenga igual, pues ambos factores inciden directamente en el aumento de personas ancianas que mueren por enfermedades crónicas de larga duración, y una disminución de personas laboralmente activas

¹Lisbeth Quesada Tristán, «Derechos Humanos y Cuidados Paliativos» 76, n.º 1 (2008): 5.

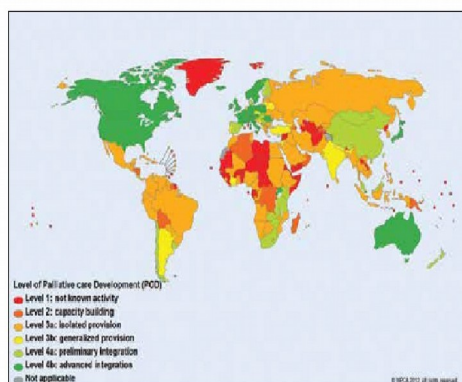
²Stephen R Connor et al., *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, 2014.

que financien los medicamentos.

Enfrentar una enfermedad crónica terminal es, desde el punto de vista económico, un verdadero dilema. Por un lado entra la posibilidad de aumentar el tiempo y la calidad de vida del paciente, y por otro los enormes costos asociados que esto implica. Conocida es la falta de camas que se produce en los hospitales, y el verdadero drama que significa otorgarle una cama a un enfermo crónico terminal, frente a otro que sí tiene posibilidades de cura, pero que requiere atención urgente. En este sentido, los cuidados paliativos constituyen un gran beneficio, ya que, permitir que un enfermo sea tratado en su casa y que no reciba tratamiento destinado a terminar con la enfermedad implica necesariamente disminuir el nivel de camas ocupadas y los enormes gastos en tratamientos que a final de cuentas no darán resultados.

En latinoamérica se han hecho esfuerzos en la materia. Chile, tal y como se muestra en el mapa, se encuentra dentro de los primeros de la región.(color verde claro).

Figure 37
Levels of palliative care
development – all countries

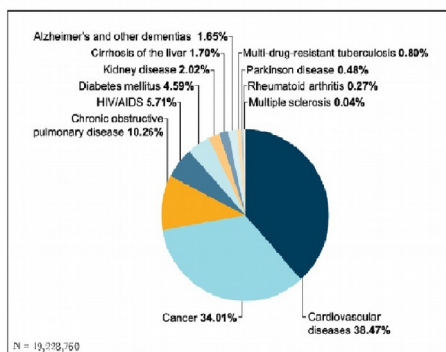


3

Sin embargo, no hay que cantar victoria. Sabemos de sobra que, a estas alturas y con el nivel de desarrollo que presenta Chile en otras áreas, latinoamérica no es punto de comparación y mucho menos si es que lo que se pretende es contar con un nivel de cuidados paliativos que haga plausible la aprobación de la eutanasia. Ninguna universidad chilena incluye dentro de la malla de pregrado un curso de cuidados paliativos **[salvo UC tiene hace un año un diplomado u la especialidad en medicina]**. El GES contempla un programa de cuidados paliativos, pero sólo se aplica a personas con FONASA que padecen de cáncer en etapa terminal. De esta forma, quedan fuera las personas que cotizan en ISAPRE, en donde los cuidados paliativos no son prestación obligatoria, y por otro lado, los enfermos terminales cuya enfermedad no es cáncer. Según la OMS, la necesidad de cuidados paliativos según la enfermedad se distribuye de la siguiente forma:

[3Connor et al.](#)

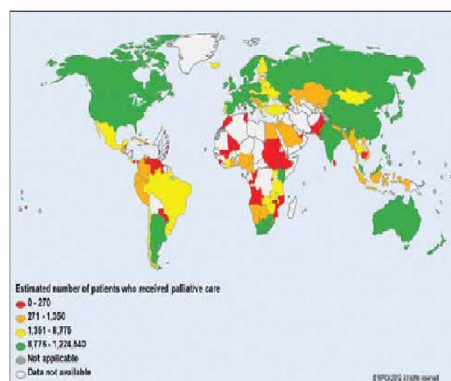
Figure 5
Distribution of adults in need of palliative care at the end of life by disease groups



De acuerdo a este gráfico, los pacientes con cáncer son sólo un 34.01% del total de pacientes que requieren cuidados paliativos. Hay que tener en cuenta que este índice habla de datos de nivel mundial. No tenemos el exacto número de chilenos que tiene cada enfermedad, pero no existe motivo alguno para estimar que las causas de muerte del mundo sean demasiado diferentes a las chilenas.

Por otra parte, sabemos que la mayoría de las unidades de cuidados paliativos de Chile no están completas. El siguiente gráfico muestra lo que esta realidad significa a nivel mundial:

Figure 40
Estimated number of patients receiving palliative care

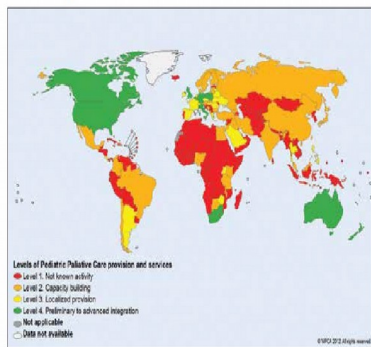


4

Como podemos observar, nuestro país definitivamente no cuenta con la atención paliativa que se condice con los países cuyos cuidados paliativos se encuentran al mismo nivel (Chile está en color amarillo, mientras que los países con eutanasia aprobada se presentan en color verde). Finalmente, nos parece necesario denunciar lo que sucede en relación a los cuidados paliativos a nivel pediátrico, en donde Chile deja bastante que desear. Este gráfico presentado por la OMS nos muestra a Chile como un país claramente subdesarrollado en este aspecto (En color amarillo oscuro, con niveles similares a Asia y algunos países de África).

4Connor et al.

Figure 38
Levels of paediatric palliative
care development –
all countries



5

b) Razones por las que los pacientes solicitan la eutanasia:

Alejandra Carrasco⁶ recuerda un estudio del año 2001⁷ en el que se muestran las 5 razones más frecuentes por las que la gente pide eutanasia. Estas son, por orden de mención: 1) Miedo, 2) Fatiga emocional, 3) Control sobre la muerte, 4) Depresión y 5) Dolor insoportable. Como la misma autora observa, tres de estas causas corresponden a problemas emocionales y la autonomía sólo está en el tercer lugar (se estima que no corresponde a más del 30% de los casos). Existe evidencia más reciente de que, desde la demanda por autonomía no se justifican sino un número relativamente bajo de casos de eutanasia.⁸

Los síntomas depresivos son un punto crítico⁹: según una revisión sistemática sobre el tema, entre el 8% y el 45% de los pacientes que solicitan la eutanasia reportan tener una depresión severa. En Washington, el porcentaje es del 55%,¹⁰ en Oregon la depresión alcanza entre el 20% y el 26% de los pacientes¹¹. De hecho, según la OMS un 4.4% de la población mundial padece depresión, destacándose los jóvenes y ancianos. Esto implica un aumento de un 18,4% en los últimos 10 años. Pretender que la depresión es inexistente en casos de enfermedad terminal es simplemente concluir una paradoja.¹² En Chile, se estima que los síntomas de depresión alcanzan a 1 de cada 5 chilenos¹³, por lo que no sería de extrañar que entre quienes solicitan la eutanasia, los niveles de depresión sean especialmente altos.

Por otra parte, los deseos de acelerar la muerte varían significativamente entre los enfermos terminales. El promedio de no uso de la droga letal solicitada una vez entregada para un suicidio asistido en Oregon entre el 2000 y el 2010 fue de 35%. Un estudio aplicado en un hospital en

5 Connor et al.

6 María Alejandra Carrasco, «9. Eutanasia: muerte ¿Digna?», en *Problemas Contemporáneos de Antropología y Bioética*, Primera Edición, Temas Actuales (Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad, 2008), 163-90.

7 Se refiere al artículo de M. J. P. A. Janssens y Zbigniew Zylicz, «5 Options in Palliative Care: Dealing with Those Who Want to Die», *Baillière's Clinical Anaesthesiology* 12, n.º 1 (1 de marzo de 1998): 121-31, [https://doi.org/10.1016/S0950-3501\(98\)80010-X](https://doi.org/10.1016/S0950-3501(98)80010-X).

8 Jojanneke E van Alphen, Gé A Donker, y Richard L Marquet, «Requests for Euthanasia in General Practice before and after Implementation of the Dutch Euthanasia Act», *British Journal of General Practice* 60, n.º 573 (1 de abril de 2010): 263-67, <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483931>.

9 Ilana Levene y Michael Parker, «Prevalence of Depression in Granted and Refused Requests for Euthanasia and Assisted Suicide: A Systematic Review», *Journal of Medical Ethics* 37, n.º 4 (1 de abril de 2011): 205-11, <https://doi.org/10.1136/jme.2010.039057>.

10 Levene y Parker, 208.

11 Levene y Parker, 108.

12 Global Health Organization, «Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates», 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=B9EE30D069DB46D00B41A76528CCE38C?sequence=1>.

13 «Uno de cada cinco chilenos reporta síntomas de depresión | La Tercera», accedido 25 de enero de 2019, <https://www.latercera.com/noticia/uno-de-cada-cinco-chilenos-reporta-sintomas-de-depresion/>.

EEUU, por ejemplo, encuentra que de las 33 personas con deseos más claros de morir, en el 31% de los casos, estos disminuían ostensiblemente al cabo de tan sólo 2 a 3 semanas.¹⁴

c) La Eutanasia: De régimen de excepción a tendencia

Cuando se aprobó la legislación de Eutanasia en Bélgica y Holanda, no se conocía aún nada sobre la forma en que funcionarían las cosas. Hoy en día tenemos datos que prueban que la eutanasia no se mantiene en la excepción de los enfermos terminales con sufrimiento físico extremo que así lo soliciten voluntariamente, sino que se expande a casos de sufrimiento psicológico, enfermos mentales, e incluso casos eutanasias solicitadas por familiares, eutanasias de menores de edad o en base a la presunción de la voluntad del paciente. Esta expansión respecto a los casos en los que se permite también se manifiesta en el aumento del total de personas que mueren eutanasiadas. En Holanda, entre el 2006 y el 2015, las cifras aumentaron desde el 1,5% a casi el 4% de total de muertes. Es decir, es un aumento de casi el cuádruple de la población. En los últimos años, esta tendencia no ha hecho sino aumentar: según el Reporte Anual que prepara la Comisión Regional Revisora Holandesa, el año 2016 murieron por eutanasia y suicidio asistido 6.091 personas, de un total de 148.973 defunciones. En el año 2017 el número total de muertes por eutanasia fue de 6.585 de un total de 150.027 defunciones en todo el país.

En Bélgica, por otra parte, la situación no es muy diferente, aumentando de un 1,1% del total de muertes en 1998 a un 4,6% en el 2013.

d) Propuestas para mejores cuidados paliativos

Como vimos, Chile aún tiene un extenso camino que recorrer para lograr generar una oferta suficiente de cuidados paliativos. Aquí incluimos seis recomendaciones, de acuerdo a diversos actores relacionados, que podrían tener impactos positivos en la salud de los enfermos terminales de nuestro país:

1. **Ampliar el acceso a cuidados paliativos a otras enfermedades:** Actualmente El sistema de cuidados paliativos es una garantía en salud (GES) del Estado para quienes estén inscritos en el sistema de salud pública, que padezcan cáncer, dejando descubiertos la mayoría de los casos en que los pacientes padecen otras enfermedades. Es por eso que desde la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos¹⁵ (ALCP) se recomienda ampliar la cobertura.
2. **Aumentar la capacitación en cuidados paliativos:** Como se observó precedentemente, la falta de profesionales lleva muchas veces a que los pacientes deban recibir sus medicamentos de la mano de sus propios familiares, luego de recibir instrucciones de los profesionales de la salud. Para evitar esas situaciones, una opción es formar en cuidados paliativos a los profesionales de los CESFAM (enfermeras, médicos, e incluso equipos psico-sociales). De esta forma, los profesionales de la salud primaria pueden realizar procedimientos sencillos en ausencia de los equipos paliativistas.

¹⁴Gunter Lewy, «6. Assisted Death as a Last Resort», en *Assisted death in Europe and America: four regimes and their lessons*, 1.ª ed. (Oxford University Press, 2010), 151, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199746415.001.0001>.

¹⁵T Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile» (IAPH Press, 2012), 85.

3. **Extender los horarios de los cuidados paliativos.** Para tener equipos de cuidados paliativos disponibles los siete días de la semana, las 24 horas del día -tal como recomienda la ALCP¹⁶-, sería necesario ampliar los equipos y crear rotaciones nocturnas.
4. **Mejorar la formación en cuidados paliativos de los profesionales de la salud.** No sólo es importante desarrollar cursos y capacitaciones en cuidados paliativos, sino crear cursos en pre y post-grado. Como se observa desde la facultad de Medicina UC¹⁷ Latinoamérica entrega muy pocas oportunidades de formación: las escuelas de cuidados paliativos son pocas y poseen limitados cupos en comparación a lo que el continente necesita. Es por eso que los académicos en cuestión sugieren tanto crear uno o dos centros de alta calidad dentro de América Latina, como potenciar las becas para el extranjero.
5. **Estandarización de las canastas de cuidados paliativos.** En la actualidad las ISAPRES entregan servicios de cuidados paliativos de muy heterogénea composición y calidad (siendo en muchos casos muy superior el servicio provisto desde FONASA), como da cuenta la ALCP¹⁸. Mediante la homologación de estos servicios desde la superintendencia de salud, se puede aspirar a obtener una calidad similar entre las canastas de cuidados paliativos de servicios públicos y privados.
6. **Apoyo económico a las familias.** Dado el costo que significa una enfermedad catastrófica, se propone crear subsidios que apoyen a las familias con al menos un integrante al que se la haya diagnosticado una enfermedad de esta naturaleza. Una opción sería usar el dinero ahorrado en la cuenta de ahorro individual destinada a la jubilación para estos fines. Para tales efectos, se sugiere crear dos nuevos tipos de pensiones: por enfermedad catastrófica y por enfermedad terminal. En el primer caso, se podría usar hasta un 15% de lo ahorrado para pagar cuentas de salud, siendo la misma AFP la encargada de hacer las operaciones, de modo de asegurar que estos recursos se usen exclusivamente para estos fines. En el caso de la pensión por enfermedad terminal, se propone recalculer lo ahorrado para las personas que reciban un diagnóstico de sobre vida. En tales casos, la pensión permitiría recalculer la pensión por el doble del tiempo diagnosticado¹⁹. Al respecto, es interesante el proyecto de resolución presentado por el diputado Leónidas Romero que propone crear estas figuras.

16Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile», 85.

17Pedro E. Perez-Cruz et al., «Challenges in Palliative Care Postgraduate Education in Latin America – Time for Collaboration», *Palliative Medicine and Hospice Care - Open Journal* 2, n.º 1 (21 de junio de 2016): 14-16, <https://doi.org/10.17140/PMHCOJ-2-112>.

18Pastrana et al., «Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile», 85.

19De esta forma, se asegura de evitar que la persona quede sin fondos si sobrevive más tiempo del previsto. Este es sin embargo un escenario poco común, pues las mayor parte de las personas muere antes de lo previsto. Esto es especialmente cierto ante diagnósticos de seis meses o menos. Ver al respecto: Paul Glare et al., «A Systematic Review Of Physicians' Survival Predictions In Terminally Ill Cancer Patients», *BMJ: British Medical Journal* 327, n.º 7408 (2003): 195-98. Stephanie Cheon et al., «The Accuracy of Clinicians' Predictions of Survival in Advanced Cancer: A Review», *Annals of Palliative Medicine* 5, n.º 1 (14 de septiembre de 2015): 22-29.