



**Facultad de Derecho y
Ciencias Sociales**
Escuela de Derecho

EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN CHILE

¿Estamos preparados para otorgar un derecho sin antes garantizar la igualdad?

Autores: Paulina Lazo Bernales

Yessenia Melín Bazán

Profesor Guía: Alejandra Zúñiga Fajuri

Valparaíso, enero de 2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	5
MODELOS DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN MATERIA DE SALUD.....	5
CAPÍTULO II	12
CUIDADOS PALIATIVOS EN CHILE.....	12
CONCLUSIÓN.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26

Eutanasia y Cuidados Paliativos

¿Estamos preparados para otorgar un derecho sin antes garantizar la igualdad?

RESUMEN: El presente trabajo busca objetar la eutanasia, sin dejar de defender que es un derecho que debe ser reconocido, arguyendo que no es posible garantizar una libertad sin que exista previamente igualdad. Y para este caso en concreto nos referiremos a regular debidamente los cuidados paliativos, los que configuran un importante recurso al momento de tomar la decisión de morir. Por lo que revisaremos la normativa al respecto, evidenciando que en Chile no existe una garantía alguna a este asunto, por lo que es irresponsable de parte del Estado, otorgar este derecho sin garantizar la igualdad por medio de los cuidados paliativos.

Palabras claves: Eutanasia, Liberalismo Igualitario, Cuidados Paliativos.

INTRODUCCIÓN

La vida y la muerte son fenómenos que conmueven la psiquis interna y social de muchas especies vivientes en nuestro planeta, y por supuesto los seres humanos no nos encontramos ajenos a ello.

Entorno a estos fenómenos, se han planteado diversos cuestionamientos en el marco del desarrollo de una sociedad que pretende hallar, a través de diversas formas, regular las relaciones humanas. Y uno de estos cuestionamientos está referido a la **eutanasia**.

Sin embargo, más allá de la discusión que exista al respecto de si existe el derecho a disponer de la propia muerte y sus diversas aristas y limitantes que surgen, entendiendo que sí podemos disponer de ella y que se necesita que sea consagrada y regulada, nos preguntamos si el sistema sanitario de un país, en este caso chileno, puede llevar a las personas a optar por la

eutanasia como una forma de poner fin a un sufrimiento, pero no porque decidan precisamente morir.

Es decir esta tesis no pretende ir en contra del derecho de las personas a decidir sobre cómo y cuándo morir, por lo que no buscamos oponernos o disentir la eutanasia, sino lo que plantearemos es una objeción a ésta, siguiendo la línea del liberalismo igualitario, en el sentido de que las personas tienen derecho a tomar decisiones en la medida que la libertad sea real y que es irresponsable de parte de un Estado, otorgar un derecho sin garantizar igualdad de oportunidades. Ya que para garantizar la libertad de decisión es necesario que existan recursos básicos para tomar la decisión.

Así, un sistema sanitario que quiera garantizar responsablemente el derecho a la eutanasia, tiene que previamente tener garantizados los cuidados paliativos, porque la libertad sin igualdad, no es posible.

Entonces, ¿estamos preparados para otorgar un derecho sin antes garantizar la igualdad? Es decir ¿está el sistema sanitario chileno preparado para regular la eutanasia?

Esta interrogante la resolveremos en el transcurso de la presente tesis, revisando en el primer capítulo, los modelos de distribución de recursos, en particular el libertarismo y el liberalismo igualitario. Para luego en el segundo capítulo revisar directamente la normativa vigente respecto a los cuidados paliativos, sus planes de aplicación, y si estos logran ser garantizados de forma eficiente y eficaz, contribuyendo a la igualdad en materia sanitaria.

CAPÍTULO I

MODELOS DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA EN MATERIA DE SALUD

En el presente capítulo revisaremos dos modelos de justicia distributiva de recursos aplicables en materia sanitaria, el libertarismo y el liberalismo igualitario, que nos permiten explicar por qué, antes de otorgar un derecho como el de la eutanasia, debemos garantizar la igualdad de oportunidades, en este caso regulando eficaz y eficientemente los cuidados paliativos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos consagró la atención sanitaria en calidad de tal en 1948. Nuestra Constitución Política establece el derecho a la salud como un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos. Pero teniendo en cuenta que las necesidades son múltiples en contraste con los recursos que se cuenta para satisfacerlas, lo cual resulta aún más evidente en materia sanitaria, se debe acudir a ciertos criterios o teorías que permitan establecer un mecanismo de distribución de los recursos de manera justa y eficiente, ya que “el estado social de derecho se juega su legitimidad, entre otras cosas, en procurar atención salud a todos sus miembros” (Lavados, Gajardo, 2008: p.208)

Si bien, podemos decir que existe “cierto consenso en la mayoría de las sociedades de que la gente tiene un derecho básico a la asistencia sanitaria como condición necesaria para la vida propiamente humana” (Zúñiga, 2013: p.336), no es menos cierto el que las políticas desarrolladas por el Estado chileno, el cual implantó un sistema sanitario de carácter regresivo en el que “la privatización del sistema, la mínima inversión pública en salud y la disposición de seguros privados para 20% de la población más rica” (Zúñiga, 2011: p. 208), se adhieren al concepto de “mercantilismo sanitario” en donde “el recurso o servicio sanitario es un bien más que puede definir su distribución sólo con base en las reglas del mercado” (Zúñiga, 2013: p.336), y el cual ha traído como resultado una tremenda inequidad en salud, la cual explica Margaret Whitehead, corresponde a “las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas”. (Lavados, Gajardo, 2008: p. 209)

Es por ello, y ante la crisis que ha generado este sistema, es que debemos revisar de qué manera se puede distribuir justamente aquellos recursos, entrando en el juego el término “justicia”, como un factor imprescindible en dicha distribución. El problema es que este término ha sido entendido de distintas maneras en los diferentes modelos de distribución de recursos, así es posible identificarla con conceptos como “primero, retribución o castigo y, segundo, como equidad y, en particular, como distribución equitativa”. (Lavados, Gajardo, 2008: p. 207)

Otro aspecto que debemos considerar a la hora de establecer un modelo que permita “distribuir bienes, disponer de tratamientos y asignar derechos” y que resulta polémico en las diversas teorías planteadas con ese fin, es el de la “necesidad”. Zúñiga, nos acerca al concepto entregado por Galtung, quien señala “que existiría una necesidad humana en las situaciones en las cuales su no satisfacción puede ocasionar una destrucción, desintegración o no existencia de un ser humano.” (Zúñiga, 2014: p. 170).

Por ello es relevante no perder de vista que “la salud de las personas depende no sólo de sus antecedentes biológicos y conductuales individuales, o de su posibilidad efectiva de acceso a los servicios de prevención, manutención y recuperación de la salud, sino también a una serie de factores que tienen una relación directa con la clase social a la cual se pertenezca”, por lo que en cualquier “discurso sobre equidad sanitaria necesariamente debe participar también de las discusiones sobre justicia social” (Zúñiga, 2013: p.337). Pues diversos factores “influyen en la salud de los individuos es lo que hace de la salud un bien complejo y lo que obliga a delimitar claramente el contenido de lo que entenderemos por derecho al cuidado sanitario”. (Zúñiga, 2013: p. 339)

Y es para delimitar aquel contenido a nuestro objeto en cuestión, es que se nos presentan diversas teorías de distribución de recursos, de las cuales destacamos el libertarismo y liberalismo igualitario.

Zúñiga, explica que el **Libertarismo**, “es un modelo de justicia distributiva en la cual la actividad del Estado se debe limitar al mantenimiento del orden público y a la defensa de los derechos de propiedad y libertad evitando intervenir, por medio de mecanismos redistributivos, en el reconocimiento y garantía de derechos positivos”. (2011: p. 193)

Su principal exponente es Robert Nozick, quien “rechaza la existencia de derechos de prestación, pues defiende que las concepciones amplias de igualdad pondrían limitaciones inadmisibles a la libertad, fin primero de cualquier Estado moderno”. (Zúñiga, 2011: p. 194)

Por lo tanto, el Estado no podría imponer una carga financiera sobre sus ciudadanos con el fin de proveerse de recursos que permitan financiar una política sanitaria asistencialista, ya que, según el autor, la “lotería natural crea desigualdades y sitúa a unas personas en desventaja, sin generar por ello una obligación moral clara y manifiesta de ayudarlas, pues en estos casos no interviene justicia o injusticia alguna, sólo buena o mala suerte”. (Zúñiga, 2013: p.342) Y la única solución al tratamiento de dicha desigualdad “natural” para aquellos “quienes carecen de medios para costear la compra de servicios como cuidado sanitario, previsión, vivienda, etc., la teoría tiene una clara respuesta: la beneficencia” (Zúñiga, 2011: p. 193).

En materia sanitaria, Engelhardt, considera que “la coerción estatal para aportar al sistema público o nacional de salud es esencialmente arbitraria e inmoral y el derecho al cuidado sanitario, si es que tiene que ser establecido, debe reconocerse como la creación limitada de una política gubernamental de seguros y no como expresión de un derecho fundacional al cuidado sanitario o como reclamo de equidad o igualdad”. (Zúñiga, 2013: p.342) Y en este ámbito, la “beneficencia sanitaria, que nunca debe ser confundida con la justicia, tiene que entregarse por el cuidador (médico o clínica) y debe ser siempre libre, nunca forzada ni recompensada por la sociedad”. (Zúñiga, 2013: p. 343)

De este modo, el argumento libertarista parece responder a los dilemas asociados a la provisión de servicios sanitarios básicos con base en la tesis de la beneficencia y criterios de justicia “retributiva”, pues únicamente estaría obligado a restituir quien previamente ha ocasionado un perjuicio, de modo que si no se puede hacer a nadie directamente responsable de la mala salud de otra persona, no se tiene derecho a exigir una compensación social como la entregada por los sistemas nacionales públicos de salud. (Zúñiga, 2013: p. 344)

Este modelo de justicia distributiva es al que responde el modelo de salud de Estados Unidos, el cual “confía casi por entero en los mecanismos del mercado de seguros”, lo cual genera una nefasta consecuencia, ya que “no es la necesidad sino la capacidad de pago lo que gobierna la distribución de recursos sanitarios, la equidad se ve seriamente sacrificada” (Zúñiga, 2013: p. 340).

El **Liberalismo Igualitario**, es otro modelo de distribución de recursos, el cual nace de la mano de John Rawls y su Teoría de la Justicia, la cual podemos definir como “un modelo de justicia procedimental para regular las instituciones sociales básicas de la mano de la teoría clásica del contrato social y del constructivismo ético kantiano” (Zúñiga, 2013: p. 345). Este modelo pretende que a través de un procedimiento racional que “asegure la equidad de las partes contratantes se llegue a principios de justicia capaces de definir y consolidar nuestros derechos básicos”. A este aparato contractual, Rawls lo llama “posición original” y en ella la equidad de las partes se asegura a través del mecanismo del “velo de ignorancia” con el cual se concluirían principios de justicia (Zúñiga, 2013: p. 345), los que serán el resultado de un acuerdo justo, pues, debido a la condición de simetría entre las partes, la situación inicial será equitativa. (Zúñiga, 2011: p. 199)

Estos principios de justicia permitirían la concreción de libertades básicas iguales, ya que todos los contratantes encontrándose en una “están situados de manera semejante y que nadie es capaz de delinear principios que favorezcan su condición particular”, y por otro lado, estos principios justifican la existencia de ciertas desigualdades sociales y económicas, según Rawls, estas, para ser legítimas, “deben estar vinculadas con cargos y posiciones abiertos a todos en condiciones de igualdad equitativa de oportunidades; y deben redundar en el mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad”, esto se conoce como “principio de diferencia” (Zúñiga, 2011: p. 201).

Para Rawls es necesario compensar las desventajas, pues él entiende que “ellas no se corresponderían con la igualdad moral intrínseca de los seres humanos. Porque somos moralmente iguales, entonces, debemos ser tratados como iguales, siendo necesario compensar por todas aquellas características, naturales o sociales, que determinan que las personas desarrollen desigualmente sus capacidades”. (Zúñiga, 2013: p. 346)

En materia sanitaria, esta teoría de justicia permitiría fundamentar la existencia de “un derecho a la protección de la salud que estará sustentado en la noción de igualdad de oportunidades, la cual sostiene que las desigualdades en el ingreso están justificadas sólo si hubo una competición equitativa en la adjudicación de las funciones y situaciones que conducen a tales beneficios.” (Zúñiga, 2011: p. 203)

Siguiendo esta línea, Norman Daniels propone “el establecimiento de un Sistema Sanitario que logre alcanzar el objetivo de mantener, restaurar o compensar por la pérdida del funcionamiento normal de la especie”. Así, para procurar la igualdad de oportunidades entre los individuos, “el Estado debiera garantizar a todos un mínimo sanitario que se ocupe de las desigualdades en el funcionamiento normal fruto de las enfermedades y discapacidades”. (Zúñiga, 2011: p. 203)

La Teoría de la Justicia no sólo garantiza una prestación sanitaria mínima al momento de asegurar, junto con el primer principio de justicia, un “mínimo social” suficiente para hacer realidad el ejercicio de las libertades, sino que, además, en un segundo momento, el cuidado sanitario mínimo estaría apoyado por el conjunto de bienes primarios que, en una primera etapa, se entregarían a todos por igual. (Zúñiga, 2013: p. 351)

Amartya Sen, critica que el principio de diferencia de Rawls se defina conforme a la noción de bienes primarios, sin considerar la utilidad individual, ya “que si lo que interesa es la libertad real de los sujetos, entonces no parece suficiente centrarse únicamente en los medios para la libertad en lugar de la amplitud de la libertad de la cual ciertamente se goza”. (Zúñiga, 2014: p. 181)

Sen propone que se debe “evaluar el enfoque de las capacidades al momento de determinar el grado de bienestar y libertad de una persona, pues el bienestar puede entenderse considerando la calidad de vida” (Zúñiga, 2014: p. 182), por lo que resultaría legítimo entregar mayores recursos a quien, por distintas circunstancias como factores biológicos o sociales, requiera de mayor ayuda social.

Por su parte Dworkin, quien está a favor del reconocimiento del cuidado sanitario como un derecho, en esta misma idea de equiparar el capital inicial en la vida de los sujetos propuesta por Rawls, sin que esto signifique igualar el nivel de satisfacción de éstos conforme a sus preferencias y tomando en consideración la responsabilidad personal a la hora de distribuir equitativamente los recursos, propone el “principio del seguro prudente” el cual propiciaría una “distribución de recursos basada en la justa igualdad”, donde la información “sobre el costo, efectos secundarios y utilidad de los tratamientos, procedimientos y medicamentos —en otras palabras, todo lo que saben los médicos— estaría al alcance del público en general” y en la cual “nadie en esa sociedad, incluyendo las compañías de seguros, poseería información

sobre los antecedentes y probabilidades que cualquiera pueda tener de contraer alguna enfermedad o sufrir algún accidente” (Zúñiga, 2013: p. 352). De esta forma se corregirían las inequidades sociales, y “las personas pueden elegir en una especie de subasta el paquete de “seguro sanitario” que desean comprar con los bienes que poseen y teniendo presente el costo de oportunidad que esos recursos sanitarios les signifiquen. El procedimiento concluirá que sea lo que sea que esa comunidad gaste en salud en su conjunto, esa será la cantidad justa”. (Zúñiga, 2013: p. 352)

Ahora, para hacernos cargo de las necesidades de los sujetos dentro de este sistema de distribución de recursos sanitarios, aparece la propuesta de la doctrina **Igualitarista**, como el marxismo analítico, para la cual “no es legítimo admitir las desigualdades sociales por el principio de responsabilidad individual o de eficiencia”. (Zúñiga, 2014: p. 170)

Para Marx, “las necesidades son el producto de la acción humana y su evolución; su historia constituye una parte esencial del quehacer del hombre, hasta el punto de que la génesis de los seres humanos podrá ser entendida como la génesis de las necesidades”. (Zúñiga, 2014: p. 176)

Y para entender aquello, debemos establecer que dichas necesidades siguiendo la definición mencionada de Galtung, “nos coloca directamente en relación con la noción de daño” (Zúñiga, 2014: p. 170). Por tanto, siguiendo a Añón, estaríamos en presencia de una necesidad humana básica “cuando podemos analizar una situación tal que su no satisfacción causa un daño o perjuicio que podemos calificar como grave, tanto en orden a la supervivencia como al desarrollo de las personas como tal” (Zúñiga, 2014: p. 173)

Para Marx, “son nuestras necesidades lo que nos hace humanos, su satisfacción debiera primar por sobre la distribución con base en la responsabilidad personal o contribución individual”, es por ello que postula que “de cada cual según su capacidad y a cada cual según sus necesidades”, lo cual es interpretado como “un principio de igual satisfacción de necesidades” (Zúñiga, 2014: p. 170), donde la satisfacción de las necesidades básicas de un sujeto, debe realizarse con “independencia entre lo que una persona aporta a la producción y lo que recibe como resultado de dicho proceso productivo”. (Zúñiga, 2014: p. 178)

Por último, es evidente que aun cuando el cuidado sanitario pareciera ser una de las necesidades más universalmente compartidas, los Estados muchas veces carecen de recursos para satisfacer a todas las personas. Entonces, ¿cuáles son los criterios de distribución sanitaria basados en la noción de necesidades que se esgrimen como legítimos al momento de realizar la repartición de los recursos sanitarios escasos? Uno de ellos —seguramente la comprensión más corriente en política sanitaria— está basado en la noción de **igualdad de acceso**. La “igualdad de acceso” no significa que todas las personas entren de la misma manera al sistema sanitario, sino que, más bien, tengan la misma oportunidad o posibilidad de consumir recursos sanitarios, independientemente de su costo ¿Qué da derecho a un igual acceso? Para los miembros del prestigioso Hasting Center de Nueva Cork, la respuesta es sólo una: igual acceso por igual necesidad. Esto no significa que las personas tengan derecho a la misma parte de los recursos sanitarios, sino que sólo a aquella cantidad que necesiten, independiente del costo del tratamiento. (Zúñiga, 2014: p.175)

En este sentido, y para finalizar, habiendo presentado dos modelos de distribución de recursos en materia sanitaria, consideramos que el liberalismo igualitario es el que refleja de mejor manera, nuestra idea de que la legislación sobre la eutanasia debe ser pospuesta en un país con un sistema sanitario desigual, ya que si no se garantizan las condiciones básicas para la toma de la decisión, la libertad otorgada sólo constituirá una ilusión dado que la desigualdad afectará el ejercicio de este derecho. Y para comprobar esto, en el siguiente capítulo revisaremos cómo en la práctica, la desigualdad en materia de cuidados sanitarios, afecta el derecho a la eutanasia, todo esto en el ámbito nacional.

CAPÍTULO II

CUIDADOS PALIATIVOS EN CHILE

Antes de comenzar, queremos citar una carta al Director escrita por el sr. Juan Pablo Yaeger Monje, Presidente de la Sociedad Médica de Cuidados Paliativos – Chile y de la Asociación Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (MEDOPAL), publicada el 11 de agosto de 2018 en el diario La Tercera, y plantea en forma precisa el tema que ahora abordaremos:

“Señor director:

Atendiendo a la discusión en torno al tema de la eutanasia, y considerando los proyectos de ley que se han presentado en el Congreso Nacional en relación con el tema, donde los cuidados paliativos son ineludibles para los pacientes que sufren una enfermedad avanzada, creemos necesario expresar nuestra visión, considerando que somos actores que a diario entregamos atención a un gran número de pacientes.

El debate sobre la eutanasia se ha centrado en dar solución al sufrimiento intenso que genera una enfermedad grave potencialmente mortal que vive una persona; situación que corresponde a la excepción de la regla y no a la generalidad de los enfermos que reciben cuidados paliativos.

Hoy es prioritario que Chile avance en extender los cuidados paliativos a todos quienes viven una situación de enfermedad terminal, independiente de su etiología. Se trata de una reivindicación necesaria, que se basa en cumplir con los derechos humanos más básicos, que es el alivio del sufrimiento y el acceso adecuado a la salud y bienestar.

Por eso se debe ampliar la atención de cuidados paliativos a quien que lo requiera independiente de la causa de su enfermedad. Además, esta atención debe ser precoz y otorgada por un equipo multidisciplinario con formación académica en estos cuidados; de modo de asegurar su calidad y oportunidad.

Sin esta opción presente, es difícil y éticamente cuestionable, avanzar adecuadamente en el diálogo de legislar sobre eutanasia en Chile, debido al importante número de pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas que se encuentran en la actualidad vulnerados en sus derechos de atención de salud, al no existir para ellos la opción de un tratamiento paliativo, y que pudieran, además, estar experimentando un sufrimiento potencialmente manejable con los cuidados paliativos necesarios para permitirles una vida digna hasta su muerte.”

En el mismo sentido el español Armando Azulay Tapiero, médico especialista en Medicina Interna, máster en Derecho y Bioética por la Universidad de Valencia y máster en Gestión para la Humanización de la Sanidad por la Universidad CEU- Cardenal Herrera, indica que promover la legalización de la eutanasia en una sociedad en la que todavía están insuficientemente implantados los cuidados paliativos podrá ser una solución equivocada para las personas que ahora están sanas, para los que no asumen su propia muerte, para los que ven su muerte y la de sus seres queridos como algo muy lejano o irreal, para los que piensan que su muerte será un acto puntual que ocurrirá de una manera súbita o para los que tienen la certeza de que pertenecerán al educido grupo de enfermos “afortunados” que van a ser atendidos correctamente durante los últimos momentos de su vida por un equipo asistencial bien formado y capacitado para ello, pero promover la legalización de la eutanasia no sería una solución equivocada para los que ahora están sufriendo y no tienen la posibilidad de acceder a una Medicina Paliativa de Calidad. (NuevaTribuna, España, 16 de mayo 2018)

Es decir, que la regulación de la eutanasia en un contexto de unos Cuidados Paliativos deficientes, se convierte en una opción residual frente al deseo del paciente de acabar con su sufrimiento y dolor.

Al respecto el Panel de Expertos para el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de la OMS, ya en 1990, estableció que “los gobiernos deben asegurar que han dedicado especial atención a la necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre la eutanasia”. En opinión del dr. Jacinto Bátiz Cantera, director del Instituto de Sensibilización, Formación, Investigación e Innovación para Cuidar Mejor del Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya, España), reconoce que pueden darse casos en que, a pesar de ofrecerles unos adecuados cuidados paliativos, persistan en su petición de eutanasia, pero

una legislación no debe plantearse a partir de casos límite. Por lo que la atención, debe fijarse en resolver la inequidad asistencial en cuidados paliativos, antes de legalizar la eutanasia.

Según la OMS, los “cuidados paliativos” son aquellos destinados a dar un cuidado total y activo a pacientes en quienes su enfermedad no es candidata a tratamiento curativo y para quienes el control del dolor, otros síntomas y problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. (WHO, 2002)

Así, la “medicina paliativa”, será la encargada del estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, en quienes el pronóstico es limitado, siendo la calidad de vida el principal interés. (Undurraga, González, Calderón, 2006: p. 1449). Pero, ¿qué entenderemos como calidad de vida? La OMS define “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (Ahumada, 2014: p. 21). Por lo que es en el mismo paciente donde radica el punto de inflexión al determinar cuándo y en qué modo su calidad de vida se encuentra mermada debido a la enfermedad, momento en que se deben activar en el sistema de salud los mecanismos para ayudar al doliente a mejorarla. Como dice Ahumada, médico internista, “la decisión de iniciar cuidados para el control de síntomas físicos y/o psicológicos no debe basarse en la esperanza de vida ni en datos numéricos, sino en las necesidades que presenta un paciente terminal en relación a sus expectativas, su visión sobre calidad de vida y la forma en que sus familiares la enfrentan”. (2014, pág. 20)

Antes de continuar, nos parece pertinente agregar que la OMS define como “pacientes terminales” a aquellos que presentan una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico, que presenta numerosos problemas o síntomas intensos, de etiología multifactorial, que ocasiona gran impacto en los pacientes, sus familiares y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte, con pronóstico de vida inferior a seis meses. (Ahumada, 2014: p. 22)

En nuestro país, la primera enunciación respecto a los cuidados paliativos, la encontramos en la ley 20.584 que Regula Los Derechos Y Deberes Que Tienen Las Personas En Relación Con Acciones Vinculadas A Su Atención En Salud, en el artículo 16 inciso 4:

“Las personas que se encuentren en este estado (terminal) 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.”

Luego, en Chile existe el Plan Garantizado de Salud GES/AUGE, que busca beneficiar a toda la población afiliada al FONASA (Fondo Nacional de Salud) y a las ISAPRES (Instituciones de Salud previsional), con Garantías Explícitas (acceso, oportunidad, calidad y protección financiera) respecto a ciertas enfermedades que se encuentran establecidas a través de Decretos, y que son exigibles por todos los afiliados con diagnósticos garantizados. (Escobar, 2013: p. 3) En este marco, encontramos una segunda enunciación de los Cuidados Paliativos, dado que están establecidos en el Decreto 170 del año 2005 que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, en su artículo 1º Problema número 4 “Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos”, el cual los establecía como “la asistencia al paciente y a su entorno por un equipo multiprofesional, cuyo objetivo esencial es controlar los síntomas, entre ellos el dolor por cáncer, para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia” y que estaban dirigidos a pacientes con cáncer terminal.

Este artículo sufre una modificación en el año 2016 con el Decreto 3 que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud del Ministerio de Salud, al establecer ahora como cuidado paliativo a aquel que “consiste en la asistencia integral y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional, siendo el objetivo esencial del tratamiento asegurar la máxima calidad de vida posible tanto al paciente como a su familia, ya sea en cáncer progresivo o no progresivo”. Es decir que en la actualidad el Cuidado Paliativo incorpora a todo tipo de cáncer, sin importar si es o no terminal.

Al respecto, el dr. Pedro Pérez Cruz, especialista en medicina interina y medicina paliativa y cuidados continuos en Red de Salud UC-CHRISTUS, en su columna del día 22 de

mayo del presente año, en el diario El Mercurio, hace notar que la existencia legal de los cuidados paliativos se reduce a sólo una enfermedad terminal, por lo que enfermedades como la insuficiencia cardíaca avanzada, en estado terminal, y en circunstancias que presente síntomas que provoque sufrimiento, no tiene garantizado el acceso al alivio oportuno, situación en que se encuentran alrededor de 50.000 de los 100.000 pacientes que mueren al año en Chile, lo que manifiesta claramente una gran inequidad.

Es más, existen enfermedades, que sin encontrarse en su estado avanzado requieren de la existencia de cuidados paliativos, como lo es el caso de aquellos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), donde al respecto el médico internista del Hospital Naval Almirante Nef y profesor Ayudante de Cátedra Medicina de la Universidad de Valparaíso, Sebastián Ahumada B. dice que los pacientes de EPOC no son informados de la existencia de programas de cuidados paliativos dado que no están disponibles para ellos, lo que contrasta con estudios que revelan que comparando a los pacientes con cáncer pulmonar con los pacientes de EPOC, el nivel de postración alcanza un 82% en los últimos pacientes versus un 36% de los pacientes con cáncer pulmonar. A su vez, los pacientes con EPOC tienen más diagnóstico de depresión y ansiedad (90%, con un 18% de ellos catalogado como severo) y menor atención especializada por este cuadro (4%). (Ahumada, 2014: p. 23)

Además, a su parecer mejorar el tratamiento de las fases avanzadas de la EPOC, no sólo tiene impacto directo en la calidad de la asistencia, sino que también tiene un impacto positivo en el conjunto del sistema sanitario: reducción de los ingresos hospitalarios, desplazamiento de la atención desde el hospital a la comunidad y, finalmente, disminución de ingresos innecesarios y no previstos en las unidades de cuidados intensivos. (Ahumada, 2014: p. 21-23)

Sin embargo, la aplicación de los cuidados paliativos no sólo padece de este gran problema de extensión a diversas patologías que no sean oncológicas, sino que tiene otro no menos importante: la formación profesional.

Es sabido que el aumento de la esperanza de vida al nacer, es una realidad actual y futura, hecho que trae entre otras consecuencias la incorporación de un universo mayor de personas expuestas a cuadros crónicos incurables. Esto crea la necesidad objetiva de formar a

los nuevos profesionales en la atención de pacientes crónicos terminales y de instaurar equipos multidisciplinares encargados de esta labor. (Ahumada, 2014: p. 23)

Un estudio el 2003 dijo que en Chile el 76% de una muestra de médicos residentes no tuvo formación en medicina paliativa, y del restante 24%, sólo la cuarta parte dijo haber obtenido los conocimientos necesarios para enfrentar los casos que a diario deben resolver. (Vial, Ibáñez, Umaña, Reyes, Viviani y Nervi, 2004: p. 448). Esto no sólo ocurre en nuestro país, en Estados Unidos, donde de 126 escuelas de medicina, sólo 5 tienen un curso sobre atención del paciente terminal. Por eso es importante incluirlos considerando que la mayoría de los pacientes con EPOC en etapa terminal fallece durante su estadía en un centro asistencial. Otro estudio demostró que entre el 15-25% de los pacientes con EPOC, pasó 6 de los últimos 12 meses hospitalizado, 40% presentaron 3 o más enfermedades asociadas, 25% presentó dolores severos, 66% disnea grave, más del 80% presentó delirium y el 98% de sus familiares presentó síntomas psiquiátricos. (Ahumada, 2014: p. 23)

Al respecto, en la sección 2 sobre Formación en Cuidados Paliativos del “Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica: Chile”, estudio realizado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos en el año 2012, indica que desde el 2006 hasta el 2009 el Ministerio de Salud en convenio con la Universidad Mayor formó dos promociones de Especialistas en Medicina Paliativa, y a la fecha del estudio se habían formado 70 profesionales de diferentes áreas (medicina, enfermería química farmacéutica, psicología, trabajo social), todos profesionales a cargo de Unidades Base o Motoras de Cuidados Paliativos del país. (Pastrana, De Lima, Wenk, Eisenchlas, Monti, Rocafort y Centeno, 2012: p. 76)

Este curso tuvo una duración de 14 meses en modalidad semipresencial (16 horas/mes), cuyos requisitos previos fueron ser parte de una Unidad del Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos ministerial, más de 3 años de ejercicio laboral en el área y la realización previa de curso a distancia del Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria (GAFOS, España) de 9 meses de duración. Además incluía el desarrollo de un proyecto de investigación para la titulación. (2012: p.76)

En la actualidad la Universidad Mayor es la encargada de continuar con el programa, sin embargo no se encuentra disponible el curso y se desconoce si se encuentra en proceso de desarrollo.

Según el mencionado estudio, al 2012 el Ministerio de Salud mantenía un plan de capacitación continua desde el año 2000 para los equipos de salud de los centros de atención primaria, servicio de urgencia, atención secundaria. (2012: p.76)

Por su parte la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) ofrece: rotaciones para residentes de Medicina Interna, Geriátrica y Oncología, a través del Programa de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos, el que a su vez ofrece cursos intensivos de Medicina Paliativa a médicos y otros profesionales de la salud; un Curso de Fundamentos de Cuidados Paliativos para Profesionales de la Salud – Semi presencial; y la escuela de Enfermería de la misma universidad, realiza Diplomado para los Cuidados del Adulto Mayor, que incluye Cuidados Paliativos dentro de sus contenidos. (2012: p. 76-77) La Universidad Católica de la Santísima Concepción ofrece un Diplomado Cuidados Paliativos Online.

Siguiendo la línea del estudio, en cuanto a la formación de pregrado en Chile existen 21 facultades de medicina, de las que al menos 12, al 2012, incluían cuidados paliativos en sus planes de estudio como cursos o clases aisladas, pero no como asignaturas independientes. En cuanto a otras áreas como enfermería, psicología, kinesiología y terapia ocupacional, Cuidados Paliativos aparece algunas veces como curso obligatorio y otras, como optativo.

Así, a la misma fecha se identificaron casi 30 docentes para la cátedra de Cuidados Paliativos en facultades de Medicina. Y más de 40 docentes fueron identificados para facultades no médicas.

En resumen, como podemos evidenciar, el tratamiento de los cuidados paliativos en Chile, resulta deficiente no sólo en cuanto a su cobertura limitada a patologías oncológicas, siendo que existen otras que los requieren tanto o más que estas, sino que también posee un problema de formación especializada, la que es requerida para dar un tratamiento como corresponde a un enfermo que no puede ser tratado como cualquier otro debido a su estado delicado tanto física como emocional y psicológicamente, para él y su entorno.

Sin embargo, para ser más exhaustivas, independiente de las falencias mencionadas en la regulación de los cuidados paliativos, queremos detenernos a describir los cuidados paliativos que existen en la actualidad en nuestro país respecto a los pacientes con cáncer.

El Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud se creó en 1994 adoptando el Modelo de Continuidad de los Cuidados, propuesto por el programa de Lucha contra el Cáncer de la OMS. Para esto implementó la Comisión Nacional Alivio Dolor y Cuidados Paliativos con especialistas del sector público y privado que elaboraron el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. La creación de este programa dio una dimensión nacional a los Cuidados Paliativos en nuestro país. Los cuidados paliativos están integrados al Sistema Nacional de Salud a través de la ley de patología AUGE-GES y están presentes en los 29 servicios de salud, a través de 69 Unidades del Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. (Pastrana, De Lima, Wenk, Eisenchlas, Monti, Rocafort y Centeno, 2012: p. 83)

A nivel nacional las cuestiones políticas o decisiones de la autoridad sanitaria que han afectado más al desarrollo de los Cuidados Paliativos en Chile han sido la creación del mencionado programa en 1994 y el financiamiento de los Cuidados Paliativos desde Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 1998. (2012: p.82)

Aunque la medida más efectiva ha sido la incorporación de los Cuidados Paliativos como patología AUGE en 2005, que garantiza al paciente con cáncer terminal la atención por equipo especializado y la protección financiera. (2012: p.82) Que luego en el año 2016 se extendió a todo tipo de cáncer.

La obligatoriedad de remitir a los pacientes con cáncer a un servicio de Cuidados Paliativos, decretada por ley AUGE-GES, ha generado mayor conciencia de los profesionales con relación a los cuidados paliativos. También esta ley ha favorecido el acceso y disponibilidad de fármacos como parches de fentanilo y bifosfonatos. (2012: p.82)

No está demás mencionar que hay un presupuesto específico para el desarrollo de los cuidados paliativos en Chile legislado por la ley GES, asignado a la canasta de prestaciones de

cuidados paliativos, de manera que por cada paciente ingresado a la Unidad, el hospital recibe un valor mensual de \$80.088 CLP, que corresponde a aproximadamente USD 180. (2012: p.82)

El programa AUGE-GES da derecho a los pacientes terminales a la atención médica en consulta, atención de enfermería, medicamentos para el dolor y, en algunos centros, visitas domiciliarias por enfermería. En el sistema privado, se debe realizar un copago del 20% del total de la prestación. (2012: p.82)

Sin embargo, el mismo problema que presentan la formación de profesionales especialistas en Cuidados Paliativos, lo padece la oncología en Chile, dificultando aún más la calidad en la entrega de estos cuidados, dado que encontrar especialistas en ambas áreas, es complejo por lo escasos que son. Según CNN CHILE el 07 de diciembre de este año, dijo que Chile solo cuenta con 158 oncólogos para tratar a los 53 mil enfermos de cáncer del país, de estos 69 son parte de la red pública y 89 oncólogos se desempeñan en el sector privado. Además la brecha también se manifiesta a nivel geográfico, dado que en la región metropolitana existen 27 especialistas mientras que en la región de Atacama no existen. Al respecto, Andrés Mercado, Coordinador de Formación y Capacitación del Ministerio De Salud, destaca que “existen trabas administrativas: para tomar oncología, se debe haber cumplido con medicina general, que dura siete años, luego con la especialidad de medicina interna, que dura otros tres, y luego la devolución de la beca al sistema público, que son seis años más. Es decir, después de 16 años de formación y devolución, se puede optar por oncología”. El ex ministro de salud, Jaime Mañalich, reconoce que “en la realidad el número de pacientes que accede al sistema y al tratamiento es menor al esperado, debido a múltiples factores que dificultan el acceso y la oportunidad”. Para enfrentar esta situación, el Gobierno presentó el Plan Nacional de Cáncer la primera semana de diciembre del presente año, que contempla disponer de 130 nuevos oncólogos en 2022, para lo cual se duplicará la oferta de becas a 25 anuales, esperando de esta manera resolver el problema estructural de brecha en el número de oncólogos y también en su distribución, según como dijo el actual ministro de Salud, Emilio Santelices Cuevas.

Este plan contempla además, que a los cinco centros especializados que conforman la Red Oncológica de Chile – ubicados en Antofagasta, Valparaíso, Santiago, Concepción y Valdivia – se sumen once nuevos y se amplíen otros dos. (La Tercera, 6 de diciembre de 2018)

El estudio realizado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos en el año 2012, hizo un análisis FODA respecto a nuestros Cuidados Paliativos:

Fortalezas

- Compromiso de las autoridades de salud con el tema Cáncer y Cuidados Paliativos.
- Presencia de equipos de trabajos multidisciplinarios en las unidades de Cuidados Paliativos comprometidos con el paciente.
- Creación de manuales de atención de paciente con cáncer que contienen normas y protocolos para manejo de síntomas unificando los criterios de manejo.
- Existencia de una base de datos con información relevante de los progresos en los programas que permite evaluar anualmente las metas propuestas.
- Se dispone de un arsenal farmacológico adecuado a las necesidades.
- Número creciente de prestadores públicos y privados.
- Se cuenta con equipos multidisciplinarios integrados por médicos, enfermeras, psicólogos, farmacéutico y trabajador social.

Oportunidades

- Hay un sistema público consolidado, articulado, de distribución nacional, que da atención a más del 70% de la población (en cuidados paliativos supera el 80% de pacientes con cáncer terminal).
- La Ley de Garantías Explícitas de Salud (GES) garantiza la cobertura de Cuidados Paliativos a los pacientes con cáncer.
- Pronta atención de los pacientes (no mayor de 5 días) garantizada por el programa AUGE y posibilita la atención a personas de bajos recursos.
- La Reforma de la Salud ha permitido incorporar mayores recursos económicos y mayor fiscalización al Sistema de Salud.
- Conciencia a nivel nacional por parte de las autoridades políticas de la importancia de otorgar Cuidados Paliativos a pacientes terminales.
- La oportunidad de dar beneficio social y disminuir el sufrimiento que provoca el dolor no bien tratado.

Debilidades

- Falta de reconocimiento de Cuidados Paliativos como especialidad y subespecialidad.
- Inequidad del Sistema Público y Privado con mejor cumplimiento en el sistema público. Algunas Instituciones de Salud Previsional – ISAPRES privadas no entregan los medicamentos adecuados o estos medicamentos son de menos calidad que los dados por estatales. Por ejemplo para la estitiquez o constipación (deposiciones de gran consistencia o en tiempos mayores a cada 3 días), existe la lubiprostona símil de prostagladina, e1 activador de canales de cloro de enterocito y linaclotide agonista de adenil ciclase2 (estimulación de neurona instestinal), fármacos aprobados por FDA que no se encuentran disponibles en Chile siendo que tienen buenos resultados en constipación crónica. Lo mismo ocurre con el subsalicilato de bismuto o elixir paregórico, usado para la diarrea, que tampoco se encuentran disponibles en Chile. (Muñoz y Quiroga, 2016: p.108-109).
- La unificación de canastas en las ISAPRES no está regulada.
- Falta transparencia en los costos de las prestaciones.
- No todos los ciudadanos son cobijados por la ley GES. Los pacientes de Fuerzas Armadas son atendidos en el hospital de base, pero durante la enfermedad avanzada no reciben visitas domiciliarias, ni se les provee de los medicamentos necesarios.
- La Ley GES sólo cobre Cuidados Paliativos para pacientes con cáncer. Otras patologías no tienen beneficio de esta ley.
- Insuficiente personal para fiscalización en calidad de las prestaciones.
- Riesgo de un gran desgaste profesional por la presión asistencial y la falta de incentivos (económicos o de formación)
- Falta de capacitación en Cuidados Paliativos.
- Falta de instancias de investigación en Cuidados Paliativos y en la docencia.
- No hay continuidad en los horarios de atención. Las unidades funcionan de lunes a viernes en horario diurno, fuera de ese horario los pacientes quedan desprovistos de atención por parte del servicio de Cuidados Paliativos.
- La gran demanda de atención sumada a la falta de personal hace que en algunas ocasiones se les suministre los medicamentos a los pacientes sin control médico.

- La labor se enfoca en la asistencialidad quedando poco tiempo para otras actividades como investigación y docencia.

Amenazas

- Desarrollo incipiente del Sistema de Calidad.
- Aumento de cantidad de pacientes con patologías terminales no oncológicas sin tener recursos disponibles y sin cobertura de salud.

En el 2012 se realizó un análisis de eficacia del Programa de Alivio del Dolor por Cáncer, mostrando un 90% de mejoría en disminución de al menos 50% del dolor al ingreso y una asociación directa a mayor dolor al ingreso: dolor severo presentó 7 veces más mejoría comparado con dolor leve. Para la medición de la calidad de vida en Chile se usa el instrumento QLQ C15 PAL y en pediatría se utiliza el instrumento basado en PedsQL (Pediatric quality of life Inventory). (Minsal, 2016: p.47)

Uno de los problemas más importante en la aplicación de este programa, a juicio del Ministerio de Salud, es la falta de coordinación entre el nivel secundario y la atención primaria, dejando a los pacientes sin una atención continua. Es indispensable mejorar esta coordinación, reforzando la entrega de cuidados paliativos basados en la APS, de manera que permita una atención ininterrumpida (24horas/7días) a los pacientes, especialmente cuando ocurren imprevistos en horario no laboral (salida de vía venosa, necesidad de aumento dosis, oxigenoterapia, entre otras). Asimismo, mejorar la asistencia integral al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional incluida la asistencia sicosocial y espiritual para asegurar la máxima calidad de vida posible tanto al paciente como a su familia. (Minsal, 2016: p.47)

Como podemos ver, es de vital importancia que mejoremos en diversos aspectos para lograr un tratamiento paliativo adecuado, partiendo por la extensión de las patologías en las que se enfocan los cuidados paliativos, como en la formación de especialistas en esta área, como también en ampliar la disponibilidad de medicamentos en Chile y coordinación en la atención, ya que como dice la dra. Carolyn Lefkowits, especialista en oncología ginecológica y cuidados paliativos en el Hospital de la Universidad de Colorado en Estados Unidos, una visita de pacientes con cáncer ginecológico a cuidados paliativos logra prevenir una serie de síntomas

molestos sin control previo. (Muñoz y Quiroga, 2016: p.106). Es decir que es una realidad que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo, lo que evidentemente logra contener y ayudar a estos pacientes a sobrellevar su estado.

Entregar un servicio eficiente, es la única forma en la que podemos, en primer lugar, mitigar el sufrimiento y dolor de un paciente en formas que el tratamiento ordinario no lo logra, y en segundo lugar, abrir más opciones para aquellos pacientes que se encuentran con su calidad de vida mermada producto de su enfermedad sin que deban optar por la eutanasia como su única opción para huir del estado de dolor. “La experiencia de otros países con eutanasia legalizada, muestra que no es el dolor sino el sentimiento de indignidad lo que lleva mayoritariamente a solicitar la eutanasia” (Montes, Marín, Perdós, et al., 2012; p. 38).

CONCLUSIÓN

Revisado todo lo anterior, podemos concluir que efectivamente, no se puede otorgar una libertad sin garantizar la igualdad de oportunidades, dado que se tergiversaría el ejercicio del derecho. Por lo que, la regulación de la eutanasia en nuestro país, resulta si bien necesaria, no así imperiosa, dado que no garantizamos de forma eficaz ni eficiente la igualdad en materia sanitaria, en lo que concierne a los pacientes que podrían acceder al derecho en cuestión.

Ya se ha dicho que “la mayoría de la gente preferiría recibir cuidados paliativos adecuados en lugares específicos para moribundos en lugar del auxilio médico para suicidarse si ambas formas de tratamiento estuvieran a su alcance por igual” (Dworkin, Marín y Bok, 2000; p.163). Y es por esto que reafirmamos nuestra idea de posponer la regulación de la eutanasia, para enfocar el esfuerzo legislativo en un área previa que es más urgente y abarca un grupo mayor de personas desprotegidas, estos son los cuidados paliativos.

No es la idea que al otorgar un derecho a la disponibilidad de la vida con la eutanasia, que los pacientes que soliciten ayuda médica para morir lo hagan “no como consecuencia de un deseo razonado de morir, sino con la esperanza de conseguir cierta prioridad” en el problemático sistema de salud pública. (Dworkin, Frey y Bok, 2000; p. 163) Y nuestro sistema sanitario en materia de cuidados paliativos, ya presenta importante falencias como para tomar distancia de la idea de regular la eutanasia.

BIBLIOGRAFÍA

Ahumada B, Sebastián (2014): *Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica terminal*. Revista chilena de enfermedades respiratorias, 30(1), 20-26. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482014000100004>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Arribère, Roberto (2008). *Bioética y derecho: dilemas y paradigmas en el siglo XXI*. Cathedra Jurídica, Buenos Aires.

Boladeras Cucurella, Margarita (2009): *El derecho a no sufrir: Argumentos para la legalización de la eutanasia*, Primera edición, Los libros del lince, Barcelona.

Bonete Perales, Enrique (2004): *Libres para morir*. Desclée de Brouwer, Bilbao.

Carrasco, Víctor Hugo, Crispi, Francisca (2016): *Eutanasia en Chile: una discusión pendiente*. Revista médica de Chile, vol.144, no 12. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200012>. Fecha última consulta 19 de diciembre de 2018.

de la Cruz Garrido, José (2017): *Eutanasia y el clima moral para su discusión en Chile*. Centro de Políticas Públicas, Facultad de Gobierno UDD. Documento de análisis, vol. 15. Disponible en <http://gobierno.udd.cl/cpp/files/2017/04/ANALISISEUTANASIAFNL.pdf> . Fecha última consulta 19 de diciembre de 2018.

Dworkin Gerald, Frey R. G., Bok Sissela (1998): *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Primera edición, Cambridge University Press, Madrid (traducción Carmen Francí Ventosa, Euthanasia and Physician-Assisted Suicide).

Figueroa, Rodolfo (2011): *Matar, dejar morir y eutanasia en el proyecto de ley sobre derechos de las personas y en la doctrina chilena*. Revista médica de Chile, vol.139, no 5. Disponible en

<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500014>. Fecha última consulta 19 de diciembre de 2018.

Lavados Montes, Claudio, Gajardo Ugás, Alejandra (2008): *El principio de justicia y la salud en Chile*. Acta bioethica, 2008, vol. 14, no 2, p. 206-211. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011&lng=es. Fecha última consulta: 25 de enero de 2019.

Leiva López, Alejandro (2013): *La regulación de la eutanasia, según la ley N° 20.584 sobre derechos del paciente*. Revista de derecho (Valparaíso), (41), 505-558. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512013000200015>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Mapelli Caffarena, Borja (1988): *Proyecto alternativo de la ley reguladora de la ayuda a morir*. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=46338>. Fecha última consulta 19 de diciembre de 2018.

Méndez Baiges, Víctor (2002): *Sobre morir*, Trotta, Madrid.

Ministerio de Salud (2016): *“Estrategia Nacional de Cáncer”*. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-deCancer-version-consulta-publica.pdf>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Montes L., Marín F., Pedrós F., et al. (2012): *Que hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya la exigencia de una muerte digna*. Ediciones Akal, Madrid

Muñoz M., Ronny, Quiroga G., Marta (2016): *Tratamiento de otros síntomas en cuidados paliativos*. Contacto Científico, vol. 5, no. 6. Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/303>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Nogueira Alcalá, Humberto (2007) a. *Derechos fundamentales y garantías constitucionales*. Tomo I.

Librotecnia, Santiago.

Nogueira Alcalá, Humberto (2007) b. *Derechos fundamentales y garantías constitucionales*. Tomo III. Librotecnia, Santiago.

Ossandón Widow, María Magdalena (2013): *El derecho a rechazar tratamientos médicos ¿Un reconocimiento al derecho a disponer de la propia vida?*, Derecho Público Iberoamericano, N°2, pp.153-204. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5638998.pdf>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Pastrana T., De Lima L., Wenk R., Eisenclas J., Monti C., Rocafort J. y Centeno C., (2012): *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica*, ALCP, Primera Edición, Houston: IAHPHC Press. Disponible en <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica.pdf>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel (2007): *La eutanasia*. Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid.

Silva Silva, Hernán (1991): *Medicina legal y psiquiatría forense*. Editorial Jurídica de Chile, vol. 2, Santiago.

Singer, Peter (2003): *Desacralizar la vida humana: Ensayos sobre ética*, Primera edición, Ediciones Cátedra, Madrid (traducción de Carmen García Trevijano, *Unsanctifying Human Life*).

Superintendencia de Salud (2013): *Garantías Explícitas en Salud GES/AUGE*. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-8207_ppt_1.pdf. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Ugarte Godoy, José Joaquín (2006): *El derecho a la vida y la Constitución*. Revista chilena de derecho, vol. 33, no 3, pp.509-527. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372006000300004>. Fecha última consulta 19 de diciembre de 2018.

Undurraga F., Juan P., González, Matías, Calderón, Jorge (2006): *Consejería: propuesta de un método de apoyo al paciente terminal*. Revista médica de Chile, 134(11), 1448-1454. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001100013>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Vial C., Paula, Ibáñez L., Patricio, Umaña V., Alfredo, et al (2004): *Autoevaluación sobre formación en medicina paliativa en una cohorte de residentes*. Revista médica de Chile, 132(4), 445-452. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000400006>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

World Health Organization (2002): *Active ageing: A policy framework*, Red Internacional por un Envejecimiento Activo, Ginebra. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/6715/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=D99059A296C18773813B6F9C77BF5AE6?sequence=1. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Zúñiga Fajuri, Alejandra (2008): *Derechos del paciente y eutanasia en Chile*. Revista de derecho (Valdivia), 21(2), 111-130. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502008000200005>. Fecha última consulta: 18 de diciembre de 2018.

Zúñiga Fajuri, Alejandra (2011): *El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria*. Estudios constitucionales, vol. 9, no. 1, pp. 37-64. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002011000100003>. Fecha última consulta: 19 de diciembre de 2018.

Zúñiga Fajuri, Alejandra (2011): *Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud*. Convergencia, 2011, vol. 18, no 55, p. 191-21. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352011000100008&lng=es&tlng=es. Fecha última consulta: 25 de enero de 2019.

Zúñiga Fajuri, Alejandra (2014): *La distribución de recursos escasos en la atención de salud con base en*

la Teoría de las necesidades, ¿una idea añeja? Convergencia, 2014, vol. 21, no 64, p. 245-252. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352014000100007&lng=es&tlng=es. Fecha última consulta: 25 de enero de 2019.

Zúñiga Fajuri, Alejandra (2013): *Desigualdad sanitaria, libertarismo e igualitarismo*. Política y gobierno, 2013, vol. 20, no 2, p. 335-358. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pyg/v20n2/v20n2a4.pdf>. Fecha última visita: 25 de enero de 2019.