

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY SOBRE RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES TERMINALES, Y EL BUEN MORIR.

BOLETÍN N° 12.507-11

HONORABLE CÁMARA:

La Comisión de Salud viene en informar, en primer trámite constitucional y primero reglamentario, el proyecto de la referencia, iniciado en un mensaje de S.E. el Presidente de la República.

Se ha hecho presente la urgencia, en carácter de “suma”, con fecha 11 de julio de 2019.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.

1) La idea matriz o fundamental del proyecto es generar un marco normativo que promueva el cuidado integral y alivie los síntomas y el dolor de una persona que adolece de una enfermedad terminal.

Para lograr esos objetivos, esta iniciativa legal está estructurada en base a siete artículos permanentes, y uno transitorio.

2) Normas de carácter orgánico constitucional o de quórum calificado.

No hay.

3) Normas que requieren trámite de Hacienda

No hay, según lo dispusieron los miembros de la Comisión, quienes se basaron en el informe financiero presentado por el Ejecutivo, adjunto al mensaje.

4) El proyecto fue aprobado, en general, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, diputadas y diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Ricardo), Rey (en reemplazo de Andrés Cellis), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Mix (en reemplazo de Diego Ibáñez), Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

5) Diputado Informante: señor Jorge Durán Espinoza.

Durante el análisis de esta iniciativa legal, la Comisión contó con la colaboración del Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi, y de la Subsecretaria de Salud, señora Paula Daza Narbona.

I.- ANTECEDENTES.

- **Fundamentos del proyecto de ley contenidos en el mensaje.**

Señala el mensaje que, durante las últimas décadas, los avances científicos y técnicos han complejizado la relación entre la vida y la muerte de las personas, agregando elementos a la discusión, y por tanto, haciendo necesaria la precisión de algunos conceptos, la regulación de ciertas prácticas y la generación de consensos respecto a la forma más idónea de enfrentar el tema.

Se hace presente que la ley N° 19.451 que establece normas sobre trasplante y donación de órganos, aporta los criterios que han de tenerse a la vista para considerar muerto a un individuo. La muerte, entendida como un proceso y que, en la mayoría de los casos, excede en temporalidad y complejidad a aquel momento preciso a que se refiere el Código Civil en su artículo 78, ha quedado rezagada, y sin duda es un tema que se debe abordar de manera integral y no parcializada.

Por otro lado, y a diferencia de la muerte, en que se ha estimado que no existe una obligación absoluta, irrestricta y menos exigible compulsivamente al Estado a que las personas se mantengan con vida, se ha considerado que el sufrimiento de las personas enfermas supone, tanto para el Estado como para la sociedad civil, un deber de hacerse cargo de aliviarlo en todas sus dimensiones, en la medida de lo posible. En efecto, en ningún caso reconocer lo natural del dolor y la enfermedad significa estar sometidos a ellos.

A mayor abundamiento, cabe recordar que antiguamente, aquella persona por la cual ya no era posible hacer algo clínicamente, era enviada a su hogar a "morir". Hoy, el hecho de reconocer que el dolor y el padecimiento en el proceso de muerte, pueden sacar al ser humano de su sentido de vida y disfrute, supone entender la asistencia médica más allá de lo curativo e incorporar lo paliativo, entendido en un sentido integral y que comprende aspectos físicos, psicológicos, sociales, familiares y espirituales.

Por tal motivo, se explicita, el proyecto busca abordar el tema de la muerte desde la perspectiva de la dignidad de la persona y de la calidad de vida al fin de esta en relación a los cuidados que se deben otorgar. Así, se pretenden regular los cuidados paliativos, generando un marco normativo que sienta las bases de una verdadera cultura de alivio de síntomas y muerte digna, que considere no solo a la persona enferma sino también a su familia y aquellos que cuidan de él. Se pretende promover el cuidado integral de la persona con la finalidad de aliviar, dentro de lo posible, los padecimientos asociados a una enfermedad terminal.

- **Contenido del proyecto.**

El proyecto establece el ámbito de aplicación de los cuidados paliativos, otorgando una definición de enfermedad terminal, cuyo diagnóstico será esencial para efectos de otorgar las prestaciones constitutivas de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, previniendo y aliviando síntomas a través de la identificación temprana, la adecuada evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas de salud, de orden físico y mental. Pero, además, en cuanto a su apoyo psicológico, los cuidados paliativos también deben considerar a los familiares y a los cuidadores no remunerados.

Se consagran una serie de derechos que se otorgarán a la persona en situación de enfermedad terminal, indicando que las prestaciones a otorgarse serán

aquellas contempladas en la ley N° 19.966 que establece un régimen de garantías en salud.

Se establece de forma clara que en ninguna circunstancia los tratamientos administrados en el contexto de los cuidados paliativos o su rechazo podrán tener por objeto la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el ensañamiento terapéutico, actos que atentan contra la dignidad de la persona humana.

Finalmente, se consagra la obligación, respecto de aquellas personas en situación de enfermedad terminal que reciban prestaciones constitutivas de cuidados paliativos en sus domicilios, la obligación de contar con un Registro Clínico de Atención Domiciliaria, en el cual deberán constar al menos los síntomas del paciente y los tratamientos otorgados.

- **Impacto financiero del proyecto.**

De acuerdo con el informe financiero contenido en el mensaje, esta iniciativa legal no irroga mayor gasto fiscal, ya que corresponde a una ley que establece un marco regulatorio y normativo para los cuidados paliativos, y no crea o establece nuevas funciones o prestaciones, sino que norma acciones que actualmente existen y son otorgadas por el sistema de salud y otros establecimientos.

- **Normas legales que se propone modificar o que inciden, directa o indirectamente, en esta iniciativa legal.**

Este proyecto de ley no modifica en específico a otra ley.

II.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.

a) Discusión general.

Exposición de la Subsecretaria de Salud Pública, señora Paula Daza Narbona. Destacó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende que los cuidados paliativos constituyen un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando se ven enfrentados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y tratamiento correctos del dolor y otros problemas de tipo físico, psicosocial o espiritual.

Para la OMS los cuidados paliativos constituyen una alternativa que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos/niños) y sus cuidadores, sean o no familiares, cuando afrontan problemas propios de una enfermedad potencialmente mortal. Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud, y deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

Según la OMS, se estima que a nivel mundial, 40 millones de personas requieren cuidados paliativos, la mayoría de ellas (78%) en países en desarrollo. Sobre el particular, hizo presente que en Chile mueren 100.000 personas al año, de las cuales 47.000 requerirían cuidados paliativos, tratándose de pacientes no oncológicos.

En tal sentido, en 2013, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos junto a otras cuatro organizaciones internacionales llamaron a los gobiernos a implementar

medidas para aliviar este sufrimiento y asegurar el derecho de las personas a cuidados paliativos para enfrentar el problema. Así, en 2014, la Asamblea Mundial de la Salud emitió una resolución que llama a todos los Estados miembros de la OMS a implementar políticas de cuidados paliativos a lo largo de la vida, en todos los niveles de atención e integrado en los sistemas de salud. De igual manera, en agosto de 2018 en el Primer Informe Regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, la medida prioritaria N°29 subraya la necesidad de ‘favorecer el desarrollo y acceso a cuidados paliativos, para asegurar una muerte digna y sin dolor’.

Al respecto, señaló que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentados por los pacientes que necesitan este tipo de cuidados. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con SIDA o cáncer y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas experimentan dolor (moderado e intenso) al final de sus vidas.

Así, el cuidado paliativo es una aproximación interdisciplinaria que tiene como objeto aliviar el sufrimiento asociado a las personas con enfermedades incurables. Esta disciplina se ha desarrollado ampliamente durante las últimas décadas principalmente en países de ingreso alto. Éstos, previenen y alivian el sufrimiento de las personas a través de la identificación temprana y evaluación de sus necesidades, el tratamiento adecuado y oportuno del dolor y otros síntomas como: náuseas, vómitos, dificultad para respirar, sensación de ahogo, angustia, miedo, sangramiento, inmovilidad, y el tratamiento de problemas de orden psíquico, social o espiritual.

Esta labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora del duelo. Los cuidados paliativos ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a tener la mejor calidad de vida que les sea posible, hasta el momento de su muerte.

A su vez, el buen morir implica que un equipo de salud asume la responsabilidad de acompañar al enfermo hasta su muerte, asumiéndola como un proceso natural. Se trata los síntomas con la intención de aliviar, no con el fin de prolongar injustificadamente la vida y la agonía, planteamiento que adhiere a los denominados ‘fines de la medicina’, los cuales se encuentran plenamente vigentes y van más allá de prevenir y curar la enfermedad. Dichos principios son la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento causado por enfermedades, el cuidado y curación de quienes padecen enfermedad, el cuidado de quienes no pueden ser curados, la prevención de la muerte prematura, y la ayuda para una muerte en paz.

En cuanto a regulación vigente en el país, recordó que una de las coberturas GES es el tratamiento del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado en niños y adultos, y que ya el artículo 16 de la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes dispone la procedencia de los cuidados paliativos.

Es por todo lo anterior, destacó, que este es un proyecto que pretende generar un marco normativo que sienta las bases de una verdadera cultura de alivio de los síntomas que afectan al final de la vida y propiciar una muerte digna, que considere no solo a la persona enferma sino también a su familia y aquellos que cuidan de ella. Así, con esta iniciativa se promueve el cuidado integral de la persona con la finalidad de aliviar, dentro de lo posible, los padecimientos asociados a una enfermedad terminal.

Se establece el ámbito de aplicación de los cuidados paliativos, otorgando una definición de enfermedad terminal cuyo diagnóstico será esencial para efectos de entregar las prestaciones constitutivas de cuidados paliativos. Además, se describe el

objetivo de los cuidados paliativos, que es mejorar la calidad de vida de las personas, previniendo y aliviando síntomas a través de la identificación temprana, la adecuada evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas de orden físico y mental.

Se hace hincapié en la consideración que se debe tener de los familiares y de los cuidadores no remunerados, en cuanto a su apoyo psicológico, y se establece claramente que en ninguna circunstancia los tratamientos administrados en el contexto de los cuidados paliativos, o su rechazo, podrán tener por objeto la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el ensañamiento terapéutico, actos que atentan contra la dignidad de la persona humana.

Finalmente, señaló que la muerte llegará en algún momento, se debe hablar de ella al interior de las familias y que cada miembro vaya declarando sus anhelos ante la posibilidad de atención médica en caso de una enfermedad terminal de pronóstico irreversible. Por ello, se quiere promover el cuidado integral de la persona que está en proceso de morir o falleciendo, sin abandonarla ni dejarla en el desamparo, sino que al igual como se cuida y protege el nacimiento de una vida, se debe cuidar el cese de la misma, con humanidad y prestando amorosamente todo el alivio posible, en lo que se denomina 'cuidados continuos'.

El asesor del programa de alivio del dolor y cuidados paliativos del Ministerio de Salud, doctor Raimundo Correa, destacó la importancia del cuidado al final de la vida, pues todos se han enfrentado a la partida de una persona cercana. En tal sentido, el cuidado al final de la vida debe ser un derecho humano para todos sin excepción, con un enfoque multidisciplinario, no acotado al dolor sino a todas las etapas clínicas.

Al respecto, hizo presente que los beneficiarios de estos cuidados continuos son pacientes sobre los que hay criterios clínicos adecuados para identificarlos, criterios que se encuentran validados internacionalmente.

Asimismo, destacó que en Chile hay un camino avanzado a nivel de sector público, lo que puede ser un buen ejemplo para mostrar que hay más experiencia que en el sector privado, en cuanto existe cobertura a todo nivel en sección oncológica, siendo el primer país en América del sur que tuvo en 1995 un programa en el tema, representando una de las primeras patologías de las garantías explícitas de Salud.

Finalmente, destacó que la inclusión de los cuidados paliativos en etapa precoz ha demostrado un beneficio en la calidad de vida que se muestra tanto para el paciente como para el cuidador, a la vez que resulta en un uso eficiente de los recursos, pues genera una menor tasa de hospitalización y uso de días cama.

La doctora Marisol Ahumada Olea, señaló que Chile es un país en que cada vez aumenta más la población envejecida. Las cifras informan que mientras en 2005 el 8,33% de la población era mayor de 65 años, para el año 2050 el 21,61% de la población será adulto mayor.

A su vez, en 1995 se creó el programa nacional de Alivio al Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos en Chile, al alero del Ministerio de Salud. El 2005 se incorporó en GES y en 2016 se incorporó para el manejo del dolor en todas las etapas de la enfermedad oncológica. Los objetivos específicos del programa son aliviar el dolor, controlar síntomas molestos, dar continuidad a los cuidados en todos los niveles de atención, incorporando los cuidados domiciliarios, educar para el autocuidado al paciente

y familia, y brindar apoyo psicosocial y espiritual al paciente y su familia, durante la enfermedad y el proceso del duelo.

Al ser un programa nacional, hubo que hacer un programa intensivo de formación de profesionales. Ya han formado 61 profesionales, de los cuales 25 cuentan con la especialidad en cuidados paliativos. De igual manera, el programa comenzó con pilotos en 5 establecimientos, y hoy cubre 129 de la red pública de salud. Se comenzó con 1.500 pacientes oncológicos, y hoy se da cobertura a 30.000.

Teniendo eso presente, estimó que cabría considerar que la cantidad de personas no cubiertas actualmente, por tratarse de pacientes no oncológicos, sería cercana a las 60.000, lo que da 90.000 pacientes a nivel nacional.

Abocándose al proyecto de ley, señaló que los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas cuando afrontan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal. Así, no posponen ni aceleran la muerte.

Refiriendo la definición académica de Gómez Sancho, definió los cuidados paliativos como la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación, donde la meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin alargar la supervivencia, por lo que debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares, y si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo.

Dado ese marco, comprende que quienes trabajan en cuidados paliativos no pueden dejar fuera la libertad de la persona para elegir eutanasia o suicidio asistido. En tal sentido, estimó que del proyecto debiese retirarse esa limitación, pues es decisión del paciente el acoger o rechazar la atención de los cuidados paliativos.

Lo anterior, pues no puede desconocerse el compromiso entre la calidad de vida del paciente, y las renunciadas de su propio cuerpo, las que son progresivas, enfocadas cada vez en situaciones más vitales y básicas, que terminan en el fracaso del cuerpo.

En aspectos administrativos, señaló que no es claro si el proyecto agrega una nueva prestación, y si la misma sería desde la actualidad o habría que esperar un nuevo decreto en el próximo proceso de actualización del listado GES. En cualquier caso, se necesita un marco presupuestario, y mayor cantidad de profesionales para otorgar atenciones de salud, pues la cantidad vigente está siendo usada al límite.

Terminada la exposición, y **en respuesta a las consultas planteadas por los integrantes de la Comisión**, señaló que en sus 23 años de práctica clínica, recordaba sólo a un paciente que ha querido conversar el tema de la eutanasia, pero ni siquiera lo planteó como una petición, sino como una conversación. En tal sentido, cuando preguntan por qué quieren eutanasia señalan que es por el sufrimiento del rechazo del cuerpo, pues de ser personas autovalentes dejan de serlo, se vuelven dependientes, y es el sufrimiento y rechazo a eso lo que lleva a plantear el tema de la eutanasia.

Asimismo, que a los pacientes les mantienen hasta el final la hidratación y oxigenación, pero para evitar la sed y evitar alucinaciones, y en general ese procedimiento no se rechaza. Al respecto, hizo presente que el paciente no quiere morir, quiere vivir, y entonces no puede entenderse los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia, sobre todo, porque la eutanasia no puede ser entendida como la regla en estas materias.

Finalmente, destacó que el programa oncológico nacional es de lujo, pero debe pasarse de modo gradual hacia el otorgamiento de prestaciones universales no oncológicas, a fin de tener las capacidades profesionales pertinentes, a fin de otorgar una adecuada cobertura.

El presidente de la Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile, señor Juan Pablo Yaeger, comenzó señalando que existe consenso en la necesidad de legislar para avanzar en cuidados paliativos para todos.

A modo de guía en la discusión, señaló que los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave y especialmente de quienes están cerca del final de la vida, siendo su objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

En cuanto a indicadores sobre la materia, que permitan dar cuenta del acceso a cuidados paliativos en los diversos países, destacó que a nivel internacional la medición más aceptada es la promovida por la Comisión Lancet, que mide el consumo per cápita de morfina y equivalentes. Dicho indicador se obtiene de dividir la cantidad de consumo de opioides fuertes o equivalentes a morfina al año, por el número total de habitantes de cada país. A la luz de esa cifra, el mayor consumo ocurre en América el Norte y Australia. En América Latina, sólo el 1% de los pacientes que requieren cuidados paliativos, lo reciben.

Abocándose a Chile, recordó que el programa de Cuidados Paliativos garantiza la atención de pacientes con enfermedades oncológicas. En tal sentido, toda nueva legislación debe tomar en cuenta las observaciones que sobre la materia ha expresado la Organización Mundial de la Salud, la que recomienda dar cobertura sanitaria universal a los Cuidados Paliativos, asumirlo como un derecho humano de acceso a atención de salud, y enfrentar la escasa formación de los profesionales de la salud en cuidados paliativos, lo que constituye una barrera en el desarrollo de la atención paliativa.

Asimismo, generar un aumento progresivo en la atención paliativa por mayor carga de enfermedades no transmisibles y envejecimiento poblacional, pues los cuidados paliativos precoces disminuyen hospitalizaciones innecesarias y los costos de atención de salud.

Sobre el último aspecto, hizo presente que el mayor gasto en salud de las personas durante su vida, cercano al 40% del total, ocurre en los últimos 6 meses de vida. En tal sentido, el ingreso precoz a cuidados paliativos disminuye los costos sanitarios, pues disminuye las consultas en los servicios de urgencia, disminuye el número de hospitalizaciones, y disminuye los tratamientos fútiles. En conclusión, se mejora la calidad de vida.

Elo debe ser especialmente considerado, toda vez que las proyecciones nacionales indican que de aplicarse un programa de cuidados paliativos universales, se estaría abarcando a cerca de 90.000 personas anualmente. Por ello, el desafío era saber cómo incorporar al sistema sanitario, la atención progresiva de cuidados paliativos universales.

Al efecto, estimó la necesidad de contemplar el programa de cuidados paliativos como prestación GES, a fin de garantizar acceso, oportunidad y atención en salud. De igual manera, hizo presente la necesidad de fortalecer el recurso humano que labora en cuidados paliativos, tanto en inversión, capacitación y en estándares de atención, incorporando a toda la red de atención de salud en cuidados paliativos de

manera integrada, promoviendo la movilidad financiera del programa entre los diferentes niveles de atención de salud.

Asimismo, se debe avanzar en la acreditación de la especialidad de cuidados paliativos en Chile, incorporando formación académica de cuidados paliativos en pre y postgrado en las facultades de Medicina del país

Finalmente, se refirió a la necesidad imperiosa de analizar el otorgamiento de licencias médicas para el cuidador, para lo cual se podría ampliar la ley N°21.063, ley Sanna.

Terminada la exposición, y **en respuesta a las consultas planteadas por los integrantes de la Comisión**, señaló recordar sólo un caso en que el paciente manifestó querer acceder a un procedimiento de eutanasia, y en su experiencia, es una situación que se repite a nivel nacional e internacional.

Asimismo, que la medición según consumo de morfina permite comparar situaciones, pero existen también otros parámetros de medición en la materia que permiten incluso hablar del dolor total, que aborda el no poder hacer lo que hacía regularmente, no tener quien lo cuide, cuestionarse sobre la muerte, pues todo eso genera un proceso de dolor.

Finalmente, compartió que la implementación de esta ley debe ser de forma progresiva, y se debe aumentar la capacitación en cuidados paliativos en las escuelas de medicina.

La enfermera coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos del Programa de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos del Hospital Clínico de la Universidad Católica, señora Aintzane Gallestegui Braña, señaló que la Comisión Lancet sobre cuidados paliativos evidenció la existencia de una gran carga de sufrimiento asociado a la enfermedad, la cual potencialmente se puede aliviar. Al respecto, hizo presente que en Chile fallecen alrededor de 75.000 personas al año que experimentan sufrimiento asociado a la enfermedad durante el final de su vida.

En la experiencia de la unidad de cuidados paliativos de la Pontificia Universidad Católica, en año 2018 se atendió a 805 personas, de las cuales casi el 20% fue paciente no oncológico.

En ese porcentaje de pacientes se observó falta de información sobre el estado de su enfermedad, dificultad en la toma de decisiones, lo que tensiona la consulta en los servicios de urgencia y hospitalizaciones, lo que termina en muertes en el hospital, ausencia de acceso a opioides y otros fármacos para alivio sintomático, gran prevalencia de síntomas no controlados al ingreso, y problemas financieros. Todo ello da cuenta de la mayor carga de sufrimiento asociado al final de la vida.

Abocándose al proyecto de ley, estimó que el mismo ha de garantizar acceso a cuidados paliativos, no según diagnóstico, sino según necesidades de las personas que viven con enfermedades incurables, otorgando así acceso universal a los cuidados paliativos, entendiéndolos como un derecho humano.

En tal sentido, al Estado corresponde garantizar un acceso adecuado, y para ello se requiere de programas de formación relacionados con la transición del objetivo de la atención de salud, por lo que resulta necesario aumentar los recursos humanos con competencias en cuidados paliativos básicos, intermedios y avanzados.

Dada esa situación, cabe analizar cuál es la realidad en Chile en relación a la formación de cuidados paliativos en las escuelas de medicina. Al respecto, expuso un

estudio de 15 de las 20 escuelas de medicina del país, en las cuales el 40% no enseña materias relativas a cuidados paliativos en pregrado, y sobre el 45% lo enseña de manera obligatoria. Con todo, de ese 45%, sobre el 80% lo enseña como materia integrada a otras materias, y sólo algo más del 10% destina horas asignadas específicamente a cuidados paliativos.

En cuanto a las carreras de la salud no médicas, hizo presente que no existen datos que permitan emitir definiciones certeras sobre el estado de situación. Sin embargo, es posible observar que los cuidados paliativos se entienden con la etapa de agonía del paciente, una sensación de falta de herramientas para cuidar personas en el fin de vida, una incomodidad para abordar pacientes con enfermedades avanzadas o en fin de vida. Todo lo anterior es una manifestación de la necesidad de mayor formación.

Por todo lo anterior, consideró que el proyecto de ley ha de promover la formación de competencias básicas en cuidados paliativos a todos los egresados de carreras de ciencias de la salud, lo que permitirá aliviar el sufrimiento, descongestionar las unidades de cuidados paliativos, y aumentar el acceso oportuno a las prestaciones de salud.

A modo conclusivo, señaló que los pacientes con enfermedades prolongadas, independiente del diagnóstico, experimentan sufrimiento asociado a la enfermedad, por lo que una ley de Cuidados Paliativos debe asegurar equidad en su acceso, oncológico y no oncológico, respetando la dignidad de todas las personas, y para ello, la formación de los profesionales de la salud constituye un pilar fundamental para cumplir dicho objetivo.

Terminada la exposición, y **en respuesta a las preguntas formuladas por los integrantes de la Comisión**, señaló que han tenido pocos casos de rechazo a los procedimientos de oxigenación o hidratación, pero cuando alguien pierde la capacidad se respeta la decisión que haya manifestado el paciente, pero eso no es eutanasia, sino un dilema de proporcionalidad terapéutica.

Asimismo, compartió que se requiere financiamiento en el proyecto de ley, sobre todo para el aumento de capital humano, pero ello tiene retribución económica, pues disminuyen las actuales prestaciones de urgencia reiteradas.

Finalmente, **el Ministro de Salud, señor Jaime Mañalich Muxi**, junto con manifestar el interés del gobierno en el despacho del gobierno y en los planteamientos formulados por los expositores, señaló que se debe analizar el tema del financiamiento, sin perjuicio que ya se cuenta con una ley de derechos y deberes del paciente, por lo que una ley de cuidados paliativos no puede ir en contra de dicha legislación.

Discusión propiamente tal, en el seno de la Comisión.

Terminadas las exposiciones, se señaló por algunos integrantes de la Comisión que el proyecto debía ser apoyado, al igual que aquel que regula la eutanasia, pues deben entenderse como proyectos complementarios y no excluyentes. En tal sentido, al momento de discutir en particular, se deben conciliar ambos textos.

Con todo, observaron que no parecía adecuado que el informe financiero no dispusiera recursos para financiar estas prestaciones, pues si no impone nuevos gastos y debe financiarse con la partida ordinaria del Ministerio, no parecía necesario legislar en el tema, sino simplemente crear un programa por la vía reglamentaria. En tal

sentido, al menos el Ministerio de Salud debiese informar cuantos recursos, estima, serán necesarios a fin de otorgar adecuadamente las prestaciones que acá se regulan.

Asimismo, se agregó que debe precisarse de mejor manera algunos conceptos, a fin de que enfermedades bastante ocurrentes no fuesen comprendidas bajo el concepto de enfermedad terminal.

A su vez, otros integrantes de la Comisión estimaron innecesario que el proyecto contara con un informe financiero que diera cuenta de nuevos recursos para financiar estas prestaciones, toda vez que este proyecto solo desarrolla un aspecto ya contenido en la ley de derechos y deberes de los pacientes, la cual no requiere la dación de nuevos recursos.

Además, señalaron, este proyecto no se acota a cuestiones presupuestarias, sino a una visión holística sobre cómo enfrentar la vida y la muerte.

Sobre las observaciones planteadas, la Subsecretaria de Salud señaló que tanto como determinar un marco de financiamiento, es necesario contar con un marco legal que se haga cargo de un período de la vida lleno de dolor y sufrimiento. En tal sentido, si bien no existen estudios acabados sobre la cantidad de personas que fallecen con dolor, a las que alude el proyecto, el Ministerio está realizando estudios que permitan esbozar cuál es el costo real que implican los cuidados paliativos, recursos que deberán destinarse de modo progresivo en el tiempo.

- **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en el mensaje, y luego de recibir las explicaciones de los representantes del Ministerio de Salud, que permitieron a sus miembros formarse una idea sobre las implicancias y la incidencia real que tienen las propuestas contenidas en el proyecto de ley, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por la unanimidad de los Diputados presentes**, diputadas y diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Ricardo), Rey (en reemplazo de Andrés Celis), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Mix (en reemplazo de Diego Ibáñez), Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi. (13 votos a favor).

* * * * *

b) Discusión particular.

Durante la discusión artículo por artículo, la Comisión llegó a los siguientes acuerdos:

Artículo 1.-

Dispone que la finalidad de esta ley es reconocer, proteger y regular el derecho de las personas en situación de enfermedad terminal a una adecuada atención de salud, y que dicha atención consistirá en el cuidado integral de la persona, orientándose a aliviar, dentro de lo posible, los padecimientos asociados a una enfermedad terminal.

--- Se presentó una indicación, de la diputada Mix, para agregar un inciso segundo, del siguiente tenor, la cual se declaró inadmisibile por el Presidente de la Comisión:

“Esta ley no podrá interpretarse para obstaculizar, de modo alguno, el acceso y garantía del derecho a la asistencia médica para morir”.

Sobre el particular, se señaló por el Presidente que se trata de un tema planteado como derecho, en circunstancias que no es tal, y que se encuentra en discusión en otro proyecto de ley (boletín N°7.736 y otros).

Se aprobó, por unanimidad, el artículo propuesto en el mensaje (12 votos a favor).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Ossandón, Rosas y Verdessi.¹

Artículo 2.-

Define, como enfermedad terminal, para efectos de esta ley, a aquella condición en la que una persona presenta una enfermedad incurable, irreversible y progresiva, sin posibilidades de respuesta a los tratamientos curativos y con un pronóstico de vida limitado. El carácter de terminal de la enfermedad deberá ser siempre diagnosticado por un médico-cirujano.

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de las personas, cuando afrontan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal, no pudiendo en caso alguno acelerar la muerte o prolongar artificialmente la vida, previniendo y aliviando los padecimientos de la misma a través de la identificación temprana, adecuada evaluación y tratamiento, del dolor y otros problemas de salud de orden físico y mental.

Y, hace extensivo los cuidados paliativos, en cuanto al apoyo psicológico, a los familiares hasta el primer grado de consanguineidad y a los cuidadores no remunerados, independiente de si estos son o no familiares.

Sobre el particular, el ministro de Salud, señor Jaime Mañalich señaló que el proyecto persigue otorgar un equilibrio en las prestaciones entre las personas que padecen cáncer, y quienes no, pero que se encuentran en umbrales similares de dolor. En tal sentido, por ahora no hay garantía AUGE ni financiamiento especial para otros tipos de cánceres que no sean los avanzados.

Sin embargo, y tal como se ha anunciado, se ha discutido en la elaboración del nuevo decreto GES, que aumentará a 85 u 86 las enfermedades que tendrán dicha cobertura, otorgar cuidados paliativos a supuestos tales como el dispuesto en la definición de enfermedad terminal, cuestión que tendría un costo superior a los \$30.000 millones.

Por ello, desde el punto de vista de las capacidades financieras del Estado, financiar hoy una garantía, por legítima que sea, de acceso a tratamientos cubiertos por un sistema como este para cualquier tipo de dolor, no está en el espíritu de este proyecto, que se acota a la situación de las enfermedades terminales, por lo que era propio del proyecto especificar que las enfermedades terminales, y no otras, son las que se otorgará cobertura.

¹ Durante la votación, se solicitó dejar constancia del hecho que se planteó la idea de que el proyecto de ley no se acotara a otorgar cobertura sólo a las enfermedades terminales, sino que se ampliara a todos aquellos supuestos de enfermedades que, si bien no son terminales, son causantes de dolor severo en los pacientes.

Sobre el artículo, se planteó cuestión por algunos diputados, sobre la pertinencia de contener una redacción que haga presente que los cuidados paliativos no pueden acelerar la muerte o prolongar artificialmente la vida, pues genera una tensión innecesaria con la discusión del proyecto de ley sobre eutanasia o asistencia médica para morir, pendiente en esta Comisión (boletín N°7.736 y otros). En tal sentido, ambos proyectos deben entenderse como complementarios antes que antitéticos, por lo que frases como esas no aportan en la discusión.

Además, resulta innecesaria para el cumplimiento del objetivo del proyecto, pues cualquier actividad tendiente a esas situaciones no puede ser entendida como cuidados paliativos y, a la vez, es una redacción que ya se contiene en la ley de derechos y deberes del paciente (artículo 16 de la ley N°20.584).

En cuanto a la indicación, se consideró por quienes la rechazaban que un ensañamiento terapéutico no puede considerarse cuidado paliativo, por lo que sería una frase innecesaria. A su vez, que si bien la segunda parte de la misma, en cuanto a otorgar capacitación a los terceros que cuiden a los enfermos terminales, a pesar de lo bien intencionado de la propuesta, implica gasto por lo que resulta ser una materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

---- Se presentaron tres indicaciones:

a) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, para sustituir, en el inciso segundo, la oración “acelerar la muerte o prolongar artificialmente la vida” por la siguiente: “conducir al ensañamiento terapéutico”.

Se rechazó por unanimidad (13 votos en contra).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

b) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Rosas, Torrealba, Torres, Verdessi, para eliminar, en el inciso segundo, la frase “no pudiendo en caso alguno acelerar la muerte o prolongar artificialmente la vida”.

Se aprobó por mayoría absoluta (8 votos a favor y 5 en contra).

Votaron a favor los diputados Castro, Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Ibáñez, Labra, Rosas y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Celis (Andrés), Gahona, Macaya y Ossandón.

c) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, para incorporar, en el inciso tercero, luego del punto final que pasa a ser coma, el siguiente párrafo: “los que además tendrán derecho a relevos y capacitaciones en el desempeño de sus funciones, según lo especifique un reglamento dictado por el Ministerio de Salud.”

Se rechazó por unanimidad (13 votos en contra).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

Sometido a votación, el texto del mensaje, se aprobó por unanimidad, con la salvedad que la indicación que va contenida en él se aprobó por mayoría absoluta.

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

Artículo 3.-

Mediante esta disposición, se reconoce que toda persona en situación de enfermedad terminal tiene derecho a:

1. Ser informado, en forma oportuna y comprensible de su estado de salud, el manejo de síntomas, formas de autocuidado y de los posibles tratamientos a realizarse.

2. Cuidados paliativos, cuando corresponda de conformidad a la ley N° 19.966 que establece un régimen de garantías en salud, y sus decretos, entregados por profesionales competentes

3. A ser acompañado por sus familiares o por quien la persona en situación de enfermedad terminal designe, en la forma que determine el respectivo reglamento.

4. En general, a todos aquellos derechos establecidos por la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y en particular, reforzar la autonomía de los pacientes en cuanto a la claridad en el rechazo de tratamientos y voluntades anticipadas.

El listado de derechos contemplado en este artículo debe ser publicado por todos los prestadores de salud, conforme a las especificaciones de un reglamento dictado a través del Ministerio de Salud.

---- Se presentaron tres indicaciones:

a) Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez y Labra, para reemplazar el numeral 2, en el inciso primero, por el siguiente:

“2. Cuidados paliativos, cuando corresponda, y de conformidad con los decretos, normas técnicas y guías clínicas elaboradas por el Ministerio de Salud.”.

Esta indicación tiene su razón de ser en cuanto se observó que, si el objetivo del proyecto de ley es otorgar cuidados paliativos a quienes se encuentren en situación de enfermedad terminal, la redacción del numeral N°2 podría interpretarse como una restricción de las coberturas sólo a aquellas prestaciones cubiertas en el sistema GES que hoy se traduce en tratamiento del dolor en caso de cáncer severo.

En tal sentido, se estimó pertinente modificar la redacción contenida en el mensaje, a fin de otorgar certeza que estas prestaciones no son necesariamente coberturas GES; y que no se acotan al tratamiento del dolor en casos de cáncer severo.

Se aprobó por unanimidad (12 votos a favor).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón y Verdessi.

b) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, para sustituir en el numeral 4, la expresión “en el rechazo de tratamientos y voluntades anticipadas.” por la siguiente: “en la solicitud, administración y

autoadministración de una asistencia médica para morir, en el rechazo de tratamientos, testamentos vitales y voluntades anticipadas”.

El **Ministro de Salud** estimó que en caso de aprobarse, convendría reemplazar la frase ‘testamentos vitales’ por ‘directrices anticipadas, pues es la denominación común para referirse a ese tipo de materias.

A su vez, quienes se manifestaron en contra de dicha indicación, señalaron que la misma perseveraba en disponer situaciones como si fuesen derecho vigente, cuando sólo son materias que están aprobadas en un proyecto de ley radicado en la Comisión.

Asimismo, estimaron que de aprobarse, podía entenderse que se estaba limitando la voluntad del paciente, cuestión que no resultaba clara al momento de argumentar tanto a favor de este proyecto, como aquel que regula la eutanasia (boletín N°7.736 y otros).

De igual manera, que resultaba pertinente que esta ley fuera autosuficiente, y no tuviese excesivas remisiones a la ley N°20.584, pues esa ley regula diversas materias. En tal sentido, convenía que en este proyecto fuera explícita la necesidad de que la voluntad fuese clara en el rechazo de los tratamientos.

Se rechazó por unanimidad (13 en contra).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

c) De los diputados Ricardo Celis, Crispi, Durán, para eliminar, en el número 4., la frase “en cuanto a la claridad en el rechazo de tratamientos y voluntades anticipadas.”

Se aprobó por mayoría absoluta (7 votos a favor y 6 en contra).

Votaron a favor los diputados Castro, Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Ibáñez, Labra y Rosas.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Celis (Andrés), Gahona, Macaya, Ossandón y Verdessi.

El resto del artículo contenido en el mensaje se dio por aprobado por unanimidad de los diputados presentes.

Artículo 4.-

Establece que la protección de la dignidad y autonomía de las personas en situación de enfermedad terminal supone siempre respetar su vida y considerar a la muerte como un proceso natural.

Y agrega, en el inciso segundo que en ningún caso los tratamientos administrados en el contexto de los cuidados paliativos o el rechazo a dichos tratamientos podrán tener por objeto la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el ensañamiento terapéutico, en los términos y con las limitaciones de los artículos 14, 15 y 16 de la ley N° 20.584.

----- Se presentó una indicación, de los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, del siguiente tenor:

a) Para sustituir, en el inciso primero, la expresión “un proceso natural” por la siguiente: ‘parte del ciclo vital’.

b) Para eliminar el inciso segundo.

En votación separada, se aprobó por mayoría absoluta, la indicación a), en conjunto con el inciso primero del mensaje (12 votos a favor y 1 abstención).

Votaron a favor los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

Se abstuvo el diputado Gahona.

Se aprobó por mayoría absoluta, la indicación b) (8 votos a favor y 5 en contra).

Votaron a favor los diputados Castro, Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Ibáñez, Labra, Rosas y Verdessi.

Votaron en contra los diputados Bellolio, Celis (Andrés), Gahona, Macaya y Ossandón.

Artículo 5.-

Dispone que la autoridad sanitaria deberá adoptar, en el marco de los recursos disponibles para dichos efectos, en la Ley de Presupuestos de cada año, las medidas tendientes a promover el acceso de toda persona en situación de enfermedad terminal, en conformidad con lo establecido en el artículo segundo de la presente ley, a cuidados paliativos, en todos los niveles de atención en salud.

Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

Artículo 6.-

Establece que las personas en situación de enfermedad terminal que reciban cuidados paliativos en sus domicilios, deberán contar con un registro clínico de atención domiciliaria, en el cual deberán constar siempre las características de los síntomas detectados y de su evolución, así como los tratamientos utilizados, las dosis administradas y los resultados conseguidos. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá las condiciones y requisitos que debe cumplir dicho registro clínico de atención domiciliaria, así como las personas obligadas a llevarlo.

Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

Artículo 7.-

Determina que el Ministerio de Salud dictará los reglamentos que sean necesarios para regular los requisitos, condiciones y forma en que se proporcionarán los cuidados paliativos, independiente del lugar donde se otorguen.

----- Se presentó una indicación de los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, para sustituir, el punto final por una coma, y agregar la oración siguiente: “y las capacitaciones que deberán recibir los equipos de salud para garantizar este derecho.”.

Se aprobó por unanimidad, la indicación en conjunto con el texto del mensaje (13 a favor).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

Disposición transitoria.-

Preceptúa que esta ley entrará en vigencia en el plazo de seis meses contado desde su publicación en el Diario Oficial, plazo en el cual deberán dictarse los reglamentos establecidos en la presente ley.

Se aprobó por unanimidad (13 votos a favor).

Votaron los diputados Bellolio, Castro (Juan Luis), Celis (Andrés), Celis (Ricardo), Crispi, Durán (Jorge), Gahona, Ibáñez, Labra, Macaya, Ossandón, Rosas y Verdessi.

III.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS.

Artículos rechazados.

No hay.

Indicaciones rechazadas.

Al artículo 2.-

1) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, para sustituir, en el inciso segundo, la oración “acelerar la muerte o prolongar artificialmente la vida” por la siguiente: “conducir al ensañamiento terapéutico”.

2) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, para incorporar, en el inciso tercero, luego del punto final que pasa a ser coma, el siguiente párrafo: “los que además tendrán derecho a relevos y capacitaciones en el desempeño de sus funciones, según lo especifique un reglamento dictado por el Ministerio de Salud.”

Al artículo 3.-

3) De los diputados Castro, Ricardo Celis, Crispi, Durán, Ibáñez, Labra, Mirosevic y Verdessi, para sustituir en el numeral 4., la expresión “en el rechazo de tratamientos y voluntades anticipadas.” por la siguiente: “en la solicitud, administración y autoadministración de una asistencia médica para morir, en el rechazo de tratamientos, testamentos vitales y voluntades anticipadas”.

IV. INDICACIONES INADMISIBLES.

1) De la diputada Mix, para agregar, un inciso segundo en el artículo 1., del siguiente tenor:

“Esta ley no podrá interpretarse para obstaculizar, de modo alguno, el acceso y garantía del derecho a la asistencia médica para morir.”.

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente el señor Diputado Informante, esta Comisión recomienda aprobar el proyecto de conformidad al siguiente texto:

PROYECTO DE LEY

Título I

Disposiciones generales

Artículo 1.- Esta ley tiene por finalidad reconocer, proteger y regular el derecho de las personas en situación de enfermedad terminal a una adecuada atención de salud. Dicha atención consistirá en el cuidado integral de la persona, orientado a aliviar, dentro de lo posible, padecimientos asociados a una enfermedad terminal.

Artículo 2.- Solo para los efectos de esta ley, se entenderá por enfermedad terminal aquella condición en la que una persona presenta una enfermedad incurable, irreversible y progresiva, sin posibilidades de respuesta a los tratamientos curativos y con un pronóstico de vida limitado. El carácter de terminal de la enfermedad deberá ser siempre diagnosticado por un médico-cirujano.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, cuando afrontan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal, previniendo y aliviando los padecimientos de la misma a través de la identificación temprana, adecuada evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas de salud de orden físico y mental.

Además, en cuanto a su apoyo psicológico los cuidados paliativos también consideran a los familiares hasta el primer grado de consanguinidad y a los cuidadores no remunerados, independiente de si estos son o no familiares.

Título II

De los derechos de las personas en situación de enfermedad terminal

Artículo 3.- Se reconoce que toda persona en situación de enfermedad terminal tiene derecho a:

1. Ser informado en forma oportuna y comprensible de su estado de salud, del manejo de síntomas, formas de autocuidado y de los posibles tratamientos a realizarse.

2. Cuidados paliativos, cuando corresponda, y de conformidad con los decretos, normas técnicas y guías clínicas elaboradas por el Ministerio de Salud.

3. A ser acompañado por sus familiares o por quien la persona en situación de enfermedad terminal designe, en la forma que determine el respectivo reglamento.

4. En general, a todos aquellos derechos establecidos en la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y, en particular, reforzar la autonomía de los pacientes.

El listado de derechos contemplado en este artículo debe ser publicado por todos los prestadores de salud, conforme a las especificaciones de un reglamento dictado a través del Ministerio de Salud.

Título III

De la tutela de la dignidad de las personas en situación de enfermedad terminal

Artículo 4.- La protección de la dignidad y autonomía de las personas en situación de enfermedad terminal supone siempre respetar su vida y considerar a la muerte como parte del ciclo vital.

Título IV

De la calidad de vida y los cuidados paliativos

Artículo 5.- La autoridad sanitaria deberá adoptar, en el marco de los recursos disponibles para dichos efectos en la Ley de Presupuestos de cada año, las medidas tendientes a promover el acceso de toda persona en situación de enfermedad terminal, en conformidad con lo establecido en el artículo segundo de esta ley, a cuidados paliativos, en todos los niveles de atención en salud.

Artículo 6.- Las personas en situación de enfermedad terminal que reciban cuidados paliativos en sus domicilios, deberán contar con un registro clínico de atención domiciliaria, en el cual deberán constar siempre las características de los síntomas detectados y de su evolución, así como los tratamientos utilizados, las dosis administradas y los resultados conseguidos. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá las condiciones y requisitos que debe cumplir dicho registro clínico de atención domiciliaria, así como las personas obligadas a llevarlo.

Artículo 7.- El Ministerio de Salud dictará los reglamentos que sean necesarios para regular los requisitos, condiciones y forma en que se proporcionarán los

cuidados paliativos, independiente del lugar donde se otorguen, y las capacitaciones que deberán recibir los equipos de salud para garantizar este derecho.

Disposiciones transitorias

Artículo transitorio.- Esta ley entrará en vigencia en el plazo de seis meses contado desde su publicación en el Diario Oficial, plazo en el cual deberán dictarse los reglamentos establecidos en ésta.”.

Tratado y acordado, según consta en el acta correspondiente a la sesión de 11 y 18 de junio y 9 de julio de 2019, con asistencia de los diputados señores Jaime Bellolio Avaria, Juan Luis Castro González, Andrés Celis Montt, Ricardo Celis Araya (Presidente), Miguel Crispi Serrano, Jorge Durán Espinoza, Sergio Gahona Salazar, Diego Ibañez Cotroneo, Amaro Labra Sepúlveda, Javier Macaya Danús, Ximena Ossandón Irrarázabal, Patricio Rosas Barrientos y Daniel Verdessi Belemmi.

Asistieron también, los diputados Hugo Rey Martínez (en reemplazo de Andrés Celis Montt), Claudia Mix Jiménez (en reemplazo de Diego Ibañez Cotroneo), Víctor Torres Jeldes (en reemplazo de Daniel Verdessi Belemmi), Vlado Mirosevic Verdugo, Ignacio Kuschel Silva y Sebastián Torrealba Alvarado.

Sala de la Comisión, a 9 de julio de 2019.

ANA MARÍA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión