

EUTANASIA: EL COSTO EVITADO CUANDO SE ELIGE MORIR

Emiliano Vargas López+ y Omar Medel Arros ++

“Existe entre ellos una casta de hombres salvajes y groseros, a los que dan el nombre de sabios. A sus ojos es una gloria prevenir el día de la muerte y se hacen quemar vivos en cuanto su avanzada edad o la enfermedad empieza a molestarles. La muerte, cuando se la espera, es, según ellos, el deshonor de la vida; así no rinden ningún honor a los cuerpos que ha destruido la vejez. El fuego se mancharía si no recibiera al hombre respirando aún”

Quinto Curcio VIII, 9.

RESUMEN

Una evaluación económica sobre la eutanasia tiene una dimensión moral debido a que es necesario cuantificar en métrica monetaria el valor de la vida, los costos de los cuidados paliativos, del procedimiento eutanásico y del valor de una eventual deuda heredable. Esta evaluación se inicia en forma individual, fácilmente extensible a la población objetivo asumiendo una valoración social usando el modelo del individuo representativo (como es usual en el análisis de bienestar social). Por tanto, el presente trabajo pretende abordar una temática extremadamente compleja con un instrumento simple y acotado, pero que puede servir como antecedente para la discusión de la eutanasia activa en Chile. El resultado no dista de lo usual en economía: extremadamente dependiente de los supuestos, valores iniciales y técnica utilizada. Aun así, y tomando los debidos resguardos metodológicos, no se descarta que la eutanasia sea económicamente eficiente. Sin embargo, este documento puede contribuir a enriquecer la discusión respecto de la provisión del procedimiento eutanásico como política pública.

ABSTRACT

An economic evaluation of euthanasia has a moral dimension because it is necessary to quantify in monetary metrics the value of life, the costs of palliative care, the euthanasia procedure and the value of a possible inheritable debt. This evaluation begins individually; easily extendable to the target population by a social assessment using the representative individual model (as usual in welfare analysis). Therefore, this work aims to address an extremely complex issue with a simple and limited instrument, but that can serve as a precedent to discussion of active euthanasia in Chile. The result is not far from others in economics: extremely dependent on the assumptions, input values and technique used. Even so, and taking due methodological safeguards, it is not ruled out that euthanasia is economically efficient. Nevertheless, this document may contribute to enrich the discussion regarding the provision of an euthanasic procedure like a public policy.

+ Emiliano Vargas Lopez. Ingeniero Comercial. Magister en Economía. Contacto: emiliano.vargas@gmail.com

++ Omar Medel Arros. Ingeniero Civil Industrial y MA in Economics. Contacto: omedel@gmail.com

1. INTRODUCCION

La eutanasia, según la definición de la Real Academia Española, corresponde a la *“intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”*. En la discusión internacional se distinguen dos tipos. La primera, eutanasia activa, se refiere a la aplicación de un procedimiento letal a ser aplicado en pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal e irreversible, que están conscientes al momento de decidir poner fin a su vida, o por medio de instrucciones previas (y con la aceptación de la familia) cuando el paciente llega a la etapa de inconsciencia. Un derecho real cercano es otorgado a la población chilena en el artículo 16 de la Ley 20.584 (2012) que estipula que se *“tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida”*, lo que solamente permite la acción de cuidados paliativos y no es considerada ni llamada eutanasia. Bajo estas condiciones el procedimiento evaluado busca resolver un problema de alta complejidad valórica, emocional y física en pacientes terminales (y sus familias) que podrían someterse a un término anticipado y consciente de su vida mediante un procedimiento médico que, de existir, deber ser regulado y legislado¹. Los objetivos de la eutanasia activa evaluada son: evitar el dolor físico y emocional, los costos del tratamiento paliativo, los costos de la mantención clínica y costos de la deuda. El cese de las funciones vitales evitando una agonía dolorosa y prolongada han sido largamente documentadas y abordada con los denominados procedimientos de cuidados paliativos². La eutanasia actualmente es utilizada en pocos países y es en general un tema que se discute bajo posiciones religiosas, ideológicas y políticas. Sin embargo, en el presente enfoque, se aborda la dimensión económica-financiera de la eutanasia, usando un análisis costo beneficio (ACB) simple, sin argumentar a favor o en contra en el ámbito ético (Heasell & Paton, 2001). El presente estudio deja el resto de las dimensiones *“ceteris paribus”* (Reutlinger et al., 2017) y solamente se enfoca en identificar beneficios y costos monetarios asociados a la aplicación de la eutanasia activa en pacientes diagnosticados con enfermedades terminales y anticipar un hecho (costoso) inevitable.

En la historia humana han existido culturas que por distintas razones han terminado de forma anticipada la vida de algunos de sus integrantes justificando la acción (obligada o voluntaria) por vejez, enfermedad o control de población (Durkheim, 1897) (Harari, 2018). En la actualidad hay países que poseen distintos tipos de eutanasia legal, como Holanda, Bélgica, Colombia, Luxemburgo, y algunos Estados de EE.UU, con una discusión vigente en otros tantos, por lo que es posible afirmar que su baja aceptación es más bien una decisión moral avalada en las legislaciones y credos, más que una práctica inexistente en la historia. La eutanasia es y ha sido parte de las costumbres de la

¹ Este es un supuesto relevante del trabajo, asume que la legislación permite efectuar el procedimiento eutanásico activo.

² La OMS publicó en 2014 el Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, documento que permite identificar la distribución mundial de los esfuerzos terapéuticos por implementar programas de cuidados paliativos.

civilización occidental³ por lo que no habría que descartarla a priori como una práctica en sociedades que cambian sus preceptos morales y legales.

Si el entorno cultural permitiera la práctica de la eutanasia, la pregunta sería: ¿Serán los beneficios valorados mayores que los costos de mantención y tratamiento para un paciente con una enfermedad terminal? En el contexto planteado (como si fuera un proyecto) la determinación del valor de opción de preservar el estado de un paciente esperando que un avance tecnológico resuelva parcial o totalmente la enfermedad (o un milagro en una dimensión confesional) debiera ser abordada. Lo anterior a nivel individual y posteriormente, generalizando a la población objetivo para determinar los costos totales del periodo de cuidados paliativos. Ambas estimaciones se darían en un contexto de incertidumbre que se enfrenta al no tener una forma clara de medir monetariamente el valor de la vida⁴, de la opción de preservación y especialmente por no conocer el momento del deceso respectivamente.

Seguidamente, un análisis de bienestar debería calcular los beneficios de acceder a un procedimiento eutanásico y compararlos con los costos de aplicar dicho procedimiento. Si el análisis tuviese como resultado que los beneficios superan los costos se podría pasar a una etapa de análisis de política pública, planteando la pregunta respecto de ¿Qué agente económico debería dar la provisión del servicio eutanásico? a.-) Una oferta estatal podría alivianar marginalmente las arcas fiscales y b.-) una iniciativa privada podría generar rentabilidad para una demanda solvente generando un mercado de la eutanasia en Chile. Este enfoque, junto con estas preguntas y respuestas, se abordan en este trabajo a objeto de motivar la discusión de una política pública.

Por simplicidad se ha considerado estimar los beneficios de un procedimiento eutanásico como el ahorro de los costos asociados a los tratamientos y cuidados paliativos de un enfermo terminal.

El trabajo se estructura en 5 partes: 1) Introducción, 2) Antecedentes; 3) Análisis de beneficios y costos; 4) Análisis y extensiones; 5) Conclusiones.

³ Las culturas orientales tienen posturas diversas respecto a la eutanasia. India y Korea del Sur (2018) y el estado de Victoria en Australia han legislado favorablemente sobre muerte digna. China tiene una dualidad porque la ley no lo permite, pero el uso de la "piedad filial", de origen confuciano, podría derivar en algún tipo de práctica ilegal de la eutanasia pasiva. En Japón se plantean las condiciones para aplicar la eutanasia porque su legislación la admitido vía casos judiciales (https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_euthanasia#cite_ref-50).

⁴ En Chile, el Ministerio de Desarrollo Social presentó una propuesta metodológica que determina el Valor Estadístico de la Vida (VEV), que puede ser consultado para afines. Ministerio de Desarrollo Social, Abril 2017.

2. ANTECEDENTES

Caso Colombia

Colombia es el país latinoamericano que posee legalmente eutanasia como procedimiento médico. La resolución 12.116 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia establece el procedimiento y criterios, incluida la objeción de conciencia del médico tratante, *“de la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad”*⁵. En esta resolución se establece que las enfermedades que pueden justificar el uso de la eutanasia son en realidad un estado del sujeto definido como *“enfermo en etapa terminal”* y no se especifican las enfermedades propiamente tales. En el artículo 2 de la resolución dice *“se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.”*. Conjuntamente a la definición se estipula el derecho de atención con cuidados paliativos previos a la solicitud de muerte con dignidad.

Análisis de población potencial

Se utiliza como fuente de información la serie estadística publicada en el portal web de la Superintendencia de Salud (SdS)⁶, en ella existe un detallado registro de datos proveniente del sistema de salud privado, por lo que se realiza una extensión de estas cifras a la población total del país mediante una asignación proporcional⁷.

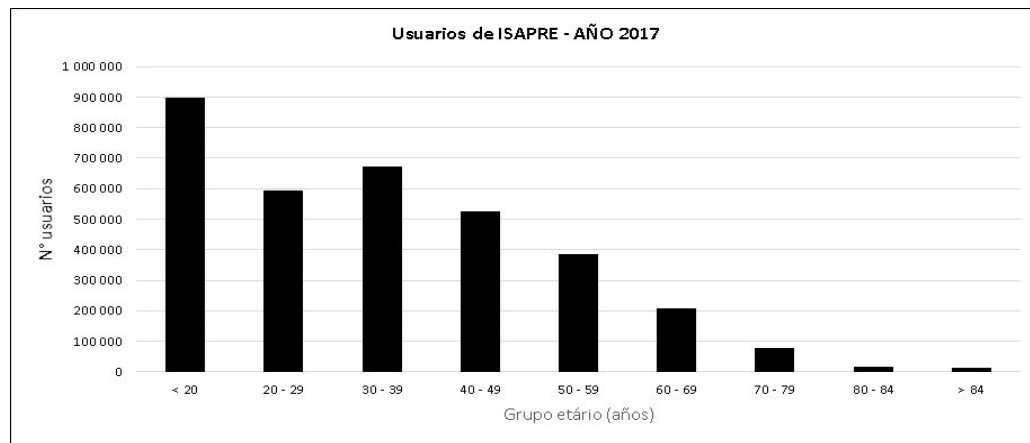
El segmento de la población de mayor edad es el que se asocia directamente a un potencial usuario de la eutanasia. Estos Los individuos experimentan por razones biológicas un mayor número de enfermedades, algunas de ellas terminales, y el progresivo e irreversible deterioro del estado de salud aumenta la probabilidad de cumplir con las condiciones requeridas para optar a la eutanasia.

⁵La resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud de Colombia es respuesta a una sentencia T-970 (2014) de la Honorable Corte Constitucional.

⁶ <http://www.supersalud.gob.cl>

⁷ Las cifras determinadas por extrapolación serán identificadas con el subíndice (e) para indicar que corresponden a valores estimados. Esta decisión metodológica podría no estimar adecuadamente la población objetivo, pero no altera los hallazgos puesto que los análisis se hicieron para un usuario representativo.

Gráfico 1. Usuarios de seguros de salud previsional (ISAPRE) en el año 2017



Fuente: Propia basada en estadísticas Superintendencia de Salud.

Al observar la composición de los beneficiarios del sistema de salud privado se evidencia una reducción sostenida de la cantidad de usuarios al aumentar la edad, esto constituye un hecho estilizado del sistema privado de salud en Chile. En efecto, el segmento objetivo de esta industria no está constituido por los ancianos, una evidencia que ratifica los postulados clásicos del mercado de los seguros (Akerof, 1970) que describe el fenómeno de selección adversa y por el cual se produce el aumento del precio de la primas como efecto.

La cantidad de usuarios de ISAPRES⁸ mayores a 60 años alcanza al 1,84 % y 0,63% de los mayores de 70 años, ambos respecto a la población total (Fuente: CENSO INE 2017) dejando a un 14,88% y 7,37% respectivamente (del total de la población con seguro de salud) en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El gráfico 2a muestra el número de beneficiarios tanto en el sistema privado como en el público de salud en cada grupo etario. El gráfico 2b muestra la composición porcentual sobre el total de beneficiarios de salud.

⁸ Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) son entidades privadas que funcionan en base a un esquema de seguros, las cuales están facultados para recibir y administrar la cotización obligatoria de salud (7% de su remuneración imponible) de los trabajadores y personas, que libre e individualmente optaron por ellas.

Gráfico 2a. Beneficiarios por sistema y por grupo etario

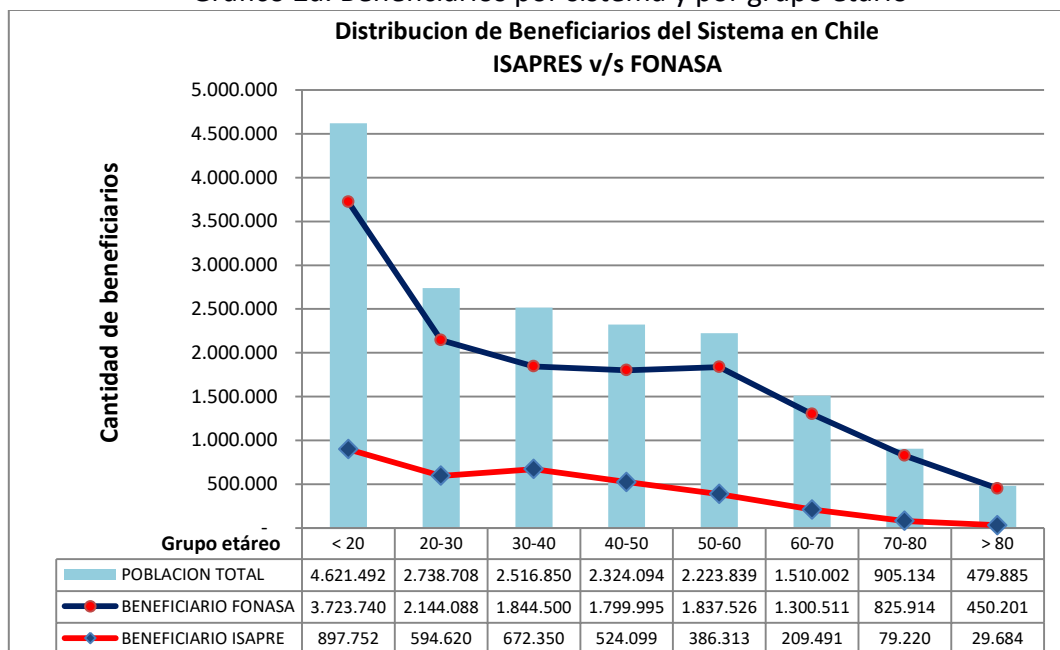
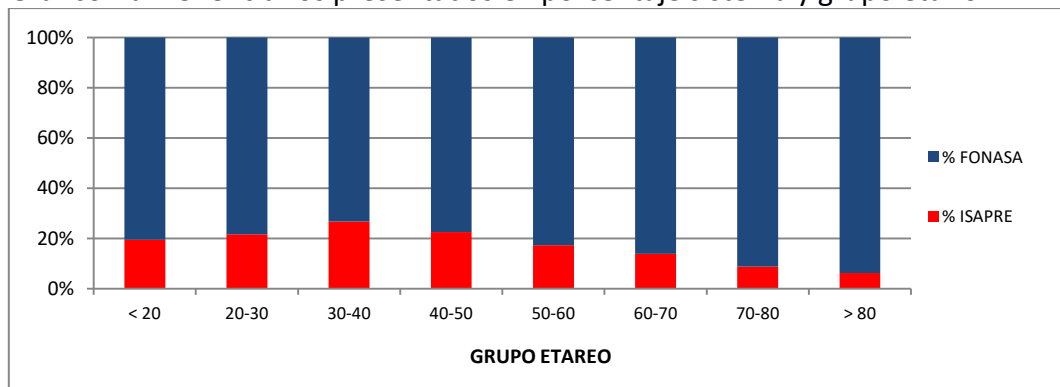


Gráfico 2b. Beneficiarios presentados en porcentaje sistema y grupo etario



Fuente: Propia basada en estadísticas Superintendencia de Salud y Fonasa.

Un estudio de mercado para proveer el servicio privado de eutanasia buscaría identificar una eventual demanda por el procedimiento eutanásico en individuos mayores de 60 años, lo cual tendría como máximo esperable 318.400 personas en el sistema privado y 2.532.000 en el sistema público (o sin cobertura). Sin embargo, la población estimada debe ser reducida debido a que: i) no todos sufrirán enfermedades terminales y ii) algunos no tendrán disponibilidad de someterse al procedimiento. Es decir, solamente algunos individuos verán como útil y atractivo el “consumo de muerte digna”. Por lo tanto, en lo que sigue, se buscará determinar la población objetivo, estimando el número de los

pacientes terminales susceptibles de acceder a un procedimiento de eutanasia, considerando únicamente a los mayores de 20 años a los que se les considera conscientes de tomar libremente la decisión de elegir la alternativa de la eutanasia.⁹

Para determinar la población potencial se utilizaron las estadísticas de la SdS relativas a las Enfermedades Catastróficas (EC)¹⁰ que se incluyen en la “Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas” (CAEC)¹¹. Estas patologías poseen un registro detallado de prestaciones individualizadas y valorizadas por lo que constituye la base de información para estimar la población potencial.

Tabla 1. Grupos etarios y población objetivo (estimada) al año 2017

(1) Grupo Etario	(2) Población Beneficiaria ISAPRE	(3) Población País	(4) Población Beneficiaria CAEC /*	(5) Población Potencial EC (e)
< 20	897.885	4.768.447	872	4.631
20 - 39	1.266.970	5.363.386	995	4.212
40 - 59	910.412	4.591.999	2.090	10.542
60 - 79	288.711	2.379.415	2.190	18.049
>80	29.684	470.756	393	6.233
Total	3.393.662	17.574.003	6.540	43.667
Nota: */ La columna 4 corresponde al número de eventos con beneficio CAEC operando. En este caso se ha considerado un evento por beneficiario sobreestimando este valor en un 5%.				

Fuente: Propia basada en estadísticas Superintendencia de Salud e INE 2017.

La tabla 1 presenta una estimación de la población potencial a partir de información de acceso público. Las columnas 2 y 4 contienen datos tabulados desde los registros de la SdS, la columna 3 incluyen los datos de población del censo del año 2017, mientras que la columna 5 incluye los valores estimados de la población potencial. Existe un sesgo en esta estimación toda vez que en el sistema privado de salud la proporción de afiliados de más de 60 años es menor que en el resto de los grupos etarios, donde la existencia de EC sería un posible factor endógeno explicativo. En consecuencia, los valores

⁹ Se excluye expresamente a los menores de 20 años de edad debido a que se ha considerado como eutanasia infantil aspecto que no se aborda en el estudio.

¹⁰ No todas las enfermedades catastróficas concluyen en enfermedades terminales. No obstante se considera un punto de partida tanto para la estimación de la población objetivo como de los costos asociados a los tratamientos médicos asociados a enfermedades terminales.

¹¹ Beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas ISAPRES que permiten financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta en un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como ambulatorias, realizadas en el país, según se explica en el sitio web de la Superintendencia de Salud www.supersalud.gob.cl visita del 19 de noviembre de 2018

presentados en la columna 5 constituyen un piso en la estimación de la población potencial.¹²

Decisión individual y determinación de la población objetivo

El comportamiento de los individuos al tener que enfrentar una condición de enfermedad terminal puede ser estudiado a partir de encuestas. En Chile, la Encuesta Nacional Bicentenario (2012) consultó respecto si “¿*Terminar con la vida de los enfermos incurables (eutanasia), es un acto justificable bajo ciertas circunstancias?*” arrojando que un 52 % de los entrevistados se manifestó favorablemente. Por otro lado, la encuesta CEP de noviembre de 2018 realizó una consulta similar donde el 56% manifestó que “*La eutanasia sólo debe estar permitida en casos especiales*”. No obstante, estas respuestas podrían incluir aquellas de tipo falso positivo, aceptando en una primera instancia la idea de utilizar un procedimiento eutanásico para cambiar de opinión en el caso que realmente se tenga que enfrentar ante dicha situación. Por otro lado, estas cifras son similares a las obtenidas por Stolz et al. (2015) para el caso de Austria, donde el 55% de las personas entrevistadas aceptan la eutanasia como opción ante una enfermedad terminal, porcentaje que se incrementa en un 10% cuando se precisa que es un procedimiento aplicable a ancianos.

Finalmente, en virtud de los datos antes presentados, se estima una población objetivo equivalente al 52% de la población potencial que estaría de acuerdo con que se practique la eutanasia y que a su vez sea mayor de 20 años a objeto de reflejar la autonomía en la toma de decisiones lo que se traduce en un total de **20.300 personas**.

3. ANÁLISIS DE BENEFICIOS Y COSTOS

El planteamiento básico para la evaluación en este trabajo es de eficiencia económica y en una primera etapa no aborda más consideraciones que el análisis costo beneficio (ACB). Este límite autoimpuesto pretende dar neutralidad al abordar el problema, para luego plantear la temática de política pública.

Estimación de beneficios económicos asociados a la eutanasia

La decisión económica de realizar o no una actividad depende exclusivamente si los beneficios asociados superan los costos de realizarla. En el caso de un procedimiento de eutanasia la regla de decisión económica no cambia y se toma en la medida que los beneficios netos de costos sean positivos.

¹² Se ha estimado como máximo una población potencial de 71.100 personas asumiendo que la proporción de beneficiarios de ISAPRES respecto de la población menor de 60 años a nivel país (21%) se mantiene para las personas mayores de 60 años, y que también se conserva la proporción entre los beneficiarios CAEC y los beneficiarios ISAPRE.

Ya se ha establecido que la población potencial que podría acceder a un procedimiento de eutanasia son aquellos a los que se les ha diagnosticado una enfermedad terminal e irreversible. En estos casos, tomar la decisión de un procedimiento de interrupción de la vida también conlleva la suspensión de los consiguientes gastos para sostenerla. El no tener que incurrir en estos gastos se considera un ahorro de recursos, los cuales corresponden a los beneficios de tomar la decisión de acceder a un procedimiento eutanásico. Evidentemente, estos no son los únicos beneficios económicos asociados a la eutanasia, pero como ya se mencionó, por simplicidad, se han acotado al ahorro de recursos. Para su estimación se ha considerado el ahorro de los gastos en salud a partir de la información de facturación de las ISAPRES por concepto CAEC que se muestra en la tabla siguiente.¹³

Tabla 2. Grupos etarios, costo prestaciones y gasto CAEC año 2017
(\$ de diciembre de 2017)

Rango Etario	Monto Facturado (Millones \$)
<20	29.487
20 - 39	18.812
40 - 59	38.574
60-79	41.890
>80	6.336
Total	105.612

Fuente: Propia basada en estadísticas Superintendencia de Salud 2017.

El gasto total asociado al rango etario de la población objetivo, esto es, los mayores de 20 años, alcanza los 105.612 millones de pesos, lo que se traduce en un gasto por persona de 18,6 millones de pesos *donde suponemos que los precios (costos) son eficientes del mercado respectivo*.

Bajo el supuesto que la sobrevivencia de un individuo diagnosticado con una EC no superaría los 5 años¹⁴, se tendrá que el valor presente de los gastos anuales por persona por el mismo período no superará los 83,2 millones de pesos.¹⁵

¹³ Se espera que los gastos médicos asociados a enfermedades terminales sean más altos, por lo que el uso de las estadísticas de las enfermedades catastróficas para los fines de este trabajo se considera adecuado y conservador.

¹⁴ El Documento de Trabajo "Gasto en Salud y Proximidad a la muerte del Adulto Mayor en el Sistema Isapre: Análisis Descriptivo (Parte I)" SdS (10-2016) permitiría definir en 5 años un periodo en el cual se produce el deceso de pacientes que comienzan a aumentar sostenidamente los gastos en salud en adultos mayores (AM).

¹⁵ Para efectos de la actualización se utilizó la tasa de descuento de 6% utilizada por el Ministerio de Desarrollo Social.

Estimación de costos económicos asociados a la eutanasia

En la estimación de los costos solo deben considerarse aquellos relevantes, es decir, los que solamente aparecen cuando se toma la decisión de acceder a una práctica eutanásica, como por ejemplo, los costos de las drogas, y sólo en el caso de la eutanasia activa, los honorarios médicos. Los costos asociados al eventual uso de una habitación clínica o los gastos funerarios no deben considerarse toda vez que no son incrementales en el sentido del análisis “con y sin proyecto”.

Teniendo en cuenta la consideración anterior, el costo asociado a las drogas puede alcanzar los 75 a 100 dólares¹⁶, aproximadamente unos 60.000 pesos, mientras que los honorarios médicos unos 450 a 550 dólares¹⁷, lo que equivale a unos 380.000 pesos. Dado que los costos no superan los 500.000, lo que equivale a un 0,5% de los beneficios, es que se omiten en los análisis posteriores.

Análisis costo-beneficio

Como ya se ha visto, los beneficios asociadas a la eutanasia, estimados con los supuestos y consideraciones que se han mencionado en este artículo, resultan ser mayores que los costos de efectuarla. Por lo tanto, desde el punto de vista económico, su incorporación aumentaría el bienestar de la sociedad.

4. ANÁLISIS y EXTENSIONES

Esta evaluación ha estimado monetariamente el costo evitado de elegir morir de los enfermos terminales. El monto total ahorrado por cada paciente al sumarse en el sistema privado puede inducir una disminución de los gastos facturados que debe cubrir el seguro. Si se asume una transferencia directa a los precios significaría una reducción de la prima para nuevos pacientes terminales del sistema e indirectamente posibilidades de mayor número de afiliados. Para el grupo de pacientes terminales del sistema público, el efecto es similar en el sentido que el costo total evitado en asistencia clínica y cuidados paliativos debería aumentar la disponibilidad de recursos para prestaciones en este u otro grupo de enfermos.

Los costos de realizar la eutanasia en el sistema público no son cuantificados y han sido omitidos de la evaluación por asumir que son marginales desde el punto de vista de infraestructura hospitalaria, de las drogas y de los servicios médicos.

¹⁶ Cifras aproximadas obtenidas de Marker, Rita and Hamlon, Kathi (2010)

¹⁷ Cifras aproximadas obtenidas de Alarcon, Cristina (2016)

La posibilidad de proveer un servicio privado es descartada dado que el costo evitado total podría ser reasignado en el actual sistema de salud previsional. No se observan fundamentos económicos para plantear un servicio privado que genere rentabilidad de operación, además de la incierta disposición del personal a ejecutar este tipo de procedimiento en instituciones de salud por motivos de objeción de conciencia. Otras opciones no evaluadas y que se asocian con los servicios privados son: suicidio asistido, que corresponde al término voluntario de la vida en individuos sanos; o turismo eutanásico que corresponde a aquellos enfermos terminales que viajan a países donde se ofrece el servicio de eutanasia activa y que puede ser provista bajo regulación. Este último sin oferta en el continente americano y que podría generar un nuevo mercado (potencial).

Falta de información

Común a estos temas de salud, la información disponible para elaborar un estudio en detalle con información actualizada y de calidad es baja. La formación de series temporales o datos de panel para estudios rigurosos no fueron encontrados en la web o si existen, no están disponibles al público en forma abierta y gratuita.

La existencia de enfermedades terminales fuera de las pertenecientes al sistema de coberturas catastróficas ha sido omitida, sin embargo, existen patologías de larga duración que podría hacer cambiar la magnitud de los datos, pero no el resultado. Dentro de ellas el *Alzheimer* es quizás el mejor ejemplo, una enfermedad lenta, invalidante tanto para el enfermo como para el cuidador (normalmente un miembro de familia) que en su etapa final genera niveles decrecientes de autonomía y para algunos, de dignidad. Esta enfermedad tiene algunas características que son abordadas por la eutanasia: instrucciones previas del paciente para autorizar el procedimiento antes que pierda la conciencia y la posterior decisión de la familia para cumplir con la voluntad.

Otro aspecto a considerar tiene relación con el valor de opción de esperar una droga que recupere o retarde los efectos de las enfermedades catastróficas. Esto puede ser tratado como un shock tecnológico esperado y debería relevarse en una evaluación más detallada de la decisión. Al ser la vida, el activo sobre el cual se efectúa el ACB, y la decisión de terminar con ella del tipo irreversible, la posibilidad de posponerla toma un costo de oportunidad relevante en ambientes de incertidumbre (Dixit & Pindyck, 1994) como sucede en la mayoría de los casos donde la eutanasia puede ser considerada. Esto motiva a una extensión del presente trabajo hacia una investigación en la cual la decisión de paciente sea tratada por ejemplo, mediante un juego con información incompleta con una mejor caracterización de los costos (pagos) de las enfermedades terminales y un tratamiento formal de los beneficios monetarios de la vida (vía función de utilidad).

Salud privada

Existe una premisa del sistema de salud privado en Chile que es limitado a pacientes que pagan, pero además restringe las prestaciones cuando existe la ocurrencia de EC. El siguiente extracto lo expone directamente *“La experiencia demuestra que no existe un modelo óptimo para abordar la cobertura de enfermedades catastróficas y/o de alto costo y el primer problema a abordar es poder acotar la definición de este tipo de enfermedades, considerando la realidad económica de las personas y de los países. Aun cuando desarrollar una definición necesariamente implica excluir una serie de condiciones de salud atendibles, es necesario establecer límites claros para garantizar sostenibilidad al sistema. Lamentablemente la premisa de “Todo para todos” no es posible de alcanzar en salud”* (Clínicas de Chile-ISAPRES 2017). Lo que deja abierta la tarea a mejorar continuamente los modelos por los cuales se generan las prestaciones en el sistema privado. Este estudio, al menos desde el lado económico, va en línea con el planteamiento que se deriva del párrafo citado.

5. CONCLUSIONES

Económicas

Para que la eutanasia sea económicamente eficiente se puede utilizar la regla simple del ACB. En este marco, la pregunta es ¿Serán los beneficios mayores que los costos de mantención y tratamiento para un paciente con una enfermedad terminal? La respuesta es sí. Por lo tanto, podría ser eficiente instaurar el procedimiento eutanásico dado que existe una situación socialmente indeseada.

El tema investigado evidencia escasez de estudios serios y robustos, probablemente determinado por la inviabilidad legislativa y falta de recursos. A pesar de los propios cuestionamientos metodológicos declarados, el tema podría ser desarrollado por instituciones que tengan equipos multidisciplinarios que aporten variables y dimensiones que fueron omitidas en este trabajo.

Política pública

¿Qué agente económico debería dar la provisión del servicio eutanásico? Una oferta estatal podría alivianar financieramente las arcas fiscales, mejorar el nivel de bienestar individual y social.

Una consecuencia controversial de utilizar el ACB en otras políticas públicas similares y bajo el efecto del *“Slippery Slope Argument”* (SSA) (Saliger, 2007) es permitir su

uso en la evaluación de la pena de muerte, clonación humana, el aborto incondicionado, el suicidio asistido o la eutanasia infantil. Sin embargo, una sociedad madura y responsable no debería evitar el diálogo, la discusión y la reflexión de una solución a un problema real como lo es la eutanasia para enfermedades terminales. Creemos que utilizando el mismo argumento (SSA), la eutanasia activa aquí analizada es el siguiente paso socio-cultural, después que en Chile se aprobara la legislación del año 2012, en la cual se permitió la libertad de no recibir tratamiento a pacientes terminales.

Por realismo y con evidencia histórica, la eutanasia debe ser considerada como una práctica que fue usada por grupos humanos bajo diversas apariencias. La muerte sin sufrimiento físico, que corresponde a la eutanasia analizada, es la acción de acortar la vida voluntariamente a quienes padecen enfermedades terminales pero que hoy deja su prohibición (o aceptación) remitida a una decisión del Estado. Es recurrente observar que las leyes de los países han cambiado desde posiciones estrictas a intermedias donde se plantea implícitamente la atenuación específica a prácticas de tipo piadosas o de muerte consentida. Otros países simplemente han omitido la dimensión moral y aceptan la eutanasia como un hecho real propiciando una solución objetiva para sus ciudadanos que lo demandan con urgencia.

Muchas de las demandas sociales y de justicia tienen entre otros objetivos el permitir a los ciudadanos tomar en sus vidas decisiones autónomas. Estas decisiones deben ser tomadas en conciencia, y la consecuencia debe ser asumida con la aprobación en plenitud de nuestras facultades intelectuales y morales, así podemos afirmar que es un acto de conciencia plena.

La eutanasia debería ser una forma condicionada y excepcional de resolver un problema vital de los tiempos de vida y las ocasiones de muerte. Nuestra sociedad abrió la puerta al debate, la forma más natural indica que no podemos ser categóricos ante este tema. El campo de lo social bien fundamentado no anula el campo de lo individual bien pensado y este (el pensamiento) no debiera en general, ser independiente de la razón y de los sistemas de acción colectiva.

FINANCIAMIENTO E INTERESES

Los autores actuaron como investigadores independientes sin apoyo institucional o financiamiento para el estudio. Así mismo declaran no tener conflicto de intereses sobre el tema desarrollado.

BIBLIOGRAFIA

Akerlof, George A. 1970. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, No. 3. (Aug., 1970), pp. 488-500.

Alarcon, Cristina (2016), "Cost of Medical Assistance In Dying", *Impact Ethics, The Body Economics*.

Clínicas de Chile. 2017. Temas de coyuntura. El desafío de las enfermedades Catastróficas N°92. Marzo 2017.

Dixit, Avinash K. and Pindyck, Robert S. 1994. *Investment under uncertainty*. Princeton University Press, Princeton. pp 6-7.

Durkheim, Emile. 189. [1951]. *Suicide: a study in sociology*. The Free Press.

Encuesta Nacional Bicentenario. 2012. Universidad Católica – Adimark. Centro de Políticas Públicas UC. Año 7.

Harari Yuval Noah. 2018. *De animales a dioses: Breve historia de la humanidad*. 14 Ed. Debate. Reutlingen, Alexander, Schurz, Gerhard and Hüttemann, Andreas, "Ceteris Paribus Laws", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring 2017 Edition, Edward N. Zalta. <https://plato.stanford.edu/entries/ceteris-paribus/>

Heasell, Stephen. and Paton, David. 2001. Economics and euthanasia. *Health Services Management Research* 14. 62-63.

Marker, Rita and Hamlon, Kathi (Jan 2010) "Euthanasia and Assisted Suicide: Frequently Asked Questions" on International Task Force on Euthanasia and Assisted Suicide.

Ministerio de Desarrollo Social (Abril 2017). División de Evaluación Social de Inversiones. Estimación del Valor de la Vida Estadística en Chile a través del Enfoque de Disposición a Pagar.

Saliger, Frank (2007). "The dam burst and slippery slope argument in medical law and medical ethics" (PDF). *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik*.:341–352. (347-349) ISSN 1863-6470

Stolz E, Burkert N, Großschädl F, Rásky É, Stronegger WJ, Freidl W . 2015. Determinants of Public Attitudes towards Euthanasia in Adults and Physician-Assisted Death in Neonates in Austria: A National Survey. *PLoS ONE* 10(4).