

MORIR CON DIGNIDAD EN SISTEMAS BAJO PRESIÓN

LA EUTANASIA EN EL DEBATE GLOBAL



Por el Lic. Ariel Goldman (*)

La eutanasia y el suicidio asistido ocupan hoy un lugar central en el debate público global. Ya no se trata solo de una discusión bioética confinada a comités médicos o aulas universitarias, sino de una conversación social atravesada por cambios demográficos, tensiones en los sistemas de salud y transformaciones profundas en la forma en que las sociedades entienden la autonomía, la dignidad y el final de la vida.

El envejecimiento poblacional es el telón de fondo ineludible. En la mayoría de los países de ingresos medios y altos, la expectativa de vida se ha extendido más rápido que la capacidad de los sistemas sanitarios para ofrecer años adicionales con buena calidad. Enfermedades crónicas, neurodegenerativas y situaciones de dependencia prolongada se multiplican, y con ellas el sufrimiento físico y emocional de los pacientes y de sus familias.

En este contexto, la eutanasia y el suicidio asistido emergen para algunos como respuestas compasivas frente al dolor extremo; para otros, como señales inquietantes de una sociedad que no sabe, o no quiere, cuidar a sus más vulnerables.

El mapa legal es heterogéneo y dinámico. Países Bajos, Bélgica, Canadá, Colombia, España y más recientemente Uruguay, han avanzado en regulaciones que permiten alguna forma de muerte médicamente asistida, mientras que otros mantienen prohibiciones estrictas. Este mosaico normativo refleja diferencias culturales, religiosas y políticas, pero también distintos arreglos institucionales en salud.

No es casual que el debate se intensifique allí donde los sistemas de bienestar están bajo presión fiscal y donde la medicina tecnológica puede prolongar la vida biológica más allá de lo que muchos consideran una vida digna.

Desde la economía de la salud, el tema suele abordarse con cautela, cuando no con incomodidad. Existe el temor-legítimo- de que introducir argumentos económicos banalice decisiones profundamente humanas. Sin embargo, ignorar la dimensión económica no la hace desaparecer.

Los cuidados al final de la vida concentran una proporción significativa del gasto sanitario total. Internaciones prolongadas, terapias intensivas de bajo beneficio clínico y tratamientos fútiles consumen recursos escasos que compiten con necesidades preventivas o de atención primaria. La pregunta incómoda es si los sistemas están diseñados para maximizar bienestar o simplemente para extender procesos biológicos.

Aquí surge una línea ética delicada: la eutanasia no puede, ni debe, convertirse en una herramienta de ahorro. Cualquier marco regulatorio serio debe blindarse contra incentivos perversos, explícitos o implícitos, que empujen a personas mayores, pobres o con discapacidad a “elegir” morir por sentirse una carga. La libertad de elección solo es auténtica cuando existen alternativas reales: acceso oportuno a cuidados paliativos de calidad, apoyo psicológico, acompañamiento social y alivio del dolor. Sin esa red, hablar de autonomía es, en el mejor de los casos, una ilusión.

Al mismo tiempo, reducir el debate a una oposición entre “vida” y “muerte” empobrece la discusión. Muchas demandas de eutanasia expresan, en realidad, un reclamo por control, por no ser sometidos a intervenciones médicas invasivas y desproporcionadas, y por tener voz en decisiones que históricamente quedaron en manos de profesionales o instituciones. En este sentido, el crecimiento de las directivas anticipadas y del consentimiento informado robusto forma parte del mismo fenómeno cultural.

El impacto social también merece atención. La legalización en algunos países no ha producido, como se temía, una pendiente resbaladiza evidente, pero sí ha obligado a redefinir roles profesionales y abrir conversaciones familiares antes postergadas. Médicos y enfermeros enfrentan dilemas morales complejos, y los sistemas deben invertir en formación, comités de evaluación y mecanismos de control. Todo esto tiene costos, aunque también puede generar ahorros indirectos al evitar intervenciones inútiles y sufrimiento evitable.

En los países de ingresos medios, como muchos de América Latina, el debate adquiere matices adicionales. La desigualdad en el acceso a servicios básicos de salud plantea una pregunta previa: ¿es legítimo discutir eutanasia cuando amplios sectores no acceden siquiera a analgesia adecuada o a cuidados paliativos? Tal vez la respuesta no sea postergar indefinidamente la discusión, sino integrarla a una agenda más amplia de derechos al final de la vida, donde la prioridad sea garantizar que nadie sufra por abandono o pobreza.

La eutanasia y el suicidio asistido funcionan, en definitiva, como un espejo incómodo. Reflejan no solo cómo morimos, sino cómo vivimos, cómo cuidamos y cómo asignamos valor a la fragilidad humana. Abordar el debate desde una mirada social y económica no implica deshumanizarlo, sino reconocer que las decisiones individuales ocurren dentro de sistemas concretos, con incentivos, límites y responsabilidades colectivas. El desafío global es construir marcos que protejan la dignidad sin convertir la muerte en una solución fácil a problemas que, en el fondo, son de organización social y de justicia sanitaria.

En ese equilibrio frágil, la transparencia y el debate público informado son claves. Las políticas sobre muerte asistida no pueden diseñarse en silencio ni delegarse solo en expertos. Requieren estadísticas claras, evaluaciones periódicas, participación ciudadana y una narrativa honesta que reconozca tensiones y límites.

La pregunta no es si la economía influye en estas decisiones -porque siempre lo hace- sino cómo lograr que esa influencia esté subordinada a valores explícitos y consensuados. En un mundo que envejece y medicaliza el final de la vida, discutir eutanasia es, en el fondo, discutir qué entendemos por bienestar, solidaridad y responsabilidad colectiva frente al sufrimiento. No hay respuestas simples, pero sí una obligación ética de no mirar hacia otro lado. ■

(*) Profesor universitario