



EUTANASIA

Una política regresiva

M. Alejandra Carrasco
Universidad de los Andes
Chile

Tres temas para la reflexión

▣ Vertiente conceptual

- La limitación de esfuerzo terapéutico no es eutanasia

▣ Vertiente lógica

- La justificación de la eutanasia es contradictoria

▣ Vertiente política

- La eutanasia es una política regresiva

Vertiente conceptual

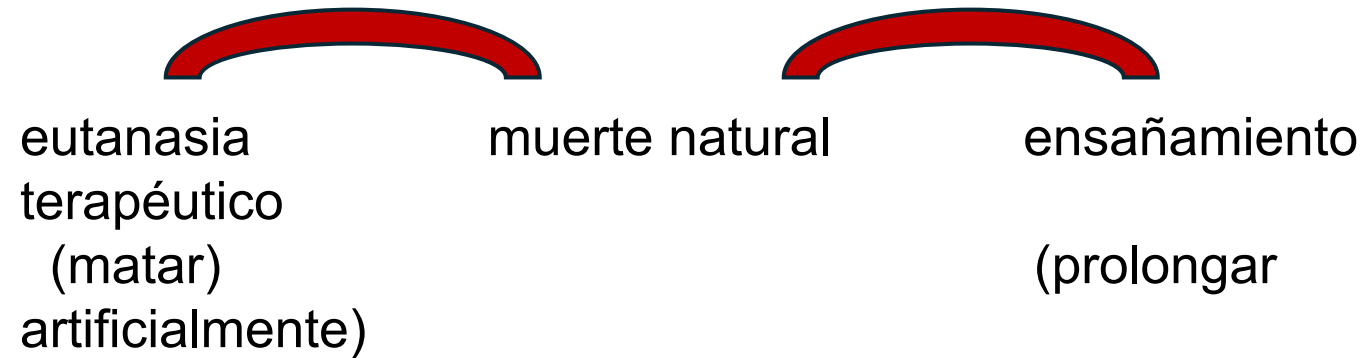
Eutanasia: acción/omisión producida por un tercero **con la intención de matar** para reducir el sufrimiento del paciente con el consentimiento de este o su representante legal.

- Eutanasia **activa**: acción **con la intención de matar**
- Eutanasia **pasiva**: omisión **con la intención de matar**

Ensañamiento terapéutico: acción producida por un tercero con la intención de prolongar artificialmente la vida

Adecuación del esfuerzo terapéutico: renuncia a intervenciones médicas fútiles que alarguen artificialmente la vida para dejar morir naturalmente; omisión **sin la intención de matar**

Vertiente conceptual



- Toda eutanasia busca **adelantar** la muerte
- El ensañamiento busca **retrasar** la muerte
- La adecuación **acepta** el momento de la muerte natural

La gente confunde...

- “Eutanasia pasiva”: omisión de **tratamientos requeridos y proporcionales, con intención** de matar ...
- Adecuación de esfuerzo: omisión de **tratamientos fútiles, sin intención** de matar ...

El problema...

- La **intención** no es comprobable desde fuera
- La proporcionalidad (adecuación) de los **tratamientos** se juzga prudencialmente, caso a caso

Vertiente conceptual

Aunque habrá casos difíciles, debe quedar claro que limitar/adecuar el esfuerzo médico no es eutanasia, no es acortar intencionalmente la vida del paciente

Pedir al médico no entubar al anciano que ya está en estado terminal:

- **no es eutanasia**, sino adecuación del esfuerzo terapéutico
- O lo que es igual: **es oponerse al ensañamiento terapéutico**

Vertiente lógica

Eutanasia: acción/omisión producida por un tercero con la intención de matar para reducir el sufrimiento del paciente con el consentimiento de este o su representante legal.

Elementos centrales de la definición

Se **define** por: **intención de matar**

Se **justifica** por:

- Reducir el sufrimiento (**compasión**)
- Consentimiento (**autonomía**)

La autonomía no justifica la eutanasia

- En un estado de derecho, el estado protege la autonomía con derechos de no interferencia
- Los derechos protegen bienes (vida, libertad, propiedad...)
- Para algunos de estos bienes basta el consentimiento para alienarlos (propiedad), en otros no (libertad, órganos, feriados obligatorios...)
- Los bienes más importantes, el estado desincentiva lo que atente contra ellos (salud, suicidios)

Cuando un **estado auspicia la eutanasia**
contradice sus propias normas, su razón de ser:
Está auspiciaando eliminar aquello que protege
y cuya protección justifica su existencia:
los bienes de sus ciudadanos

La compasión no justifica la eutanasia

- La 'compasión' es un acto del amor, y 'amar' es querer el bien del otro
- El bien del enfermo es curarlo, o aliviarlo, no eliminarlo
- Los estudios muestran que muy pocos piden la eutanasia por dolores insoportables. Lo hacen por miedo, cansancio, deseo de controlar la muerte. Sienten que su vida así no tiene sentido, que son una carga, que sobran

La verdadera compasión (amor) lleva a cuidados paliativos
Morir dignamente
es sentir que su vida vale, que importa, hasta el final

Autonomía y compasión juntas se anulan entre sí

- Si la compasión justifica la eutanasia, ¿por qué tenemos compasión de quien puede dar su consentimiento, y no nos compadecemos de quien no puede dar su consentimiento? ¿Por qué el sufrimiento de los incapaces vale menos que el de los capaces?

Si es la compasión, no cabe la autonomía

- Si la autonomía justifica la eutanasia, ¿por qué solo vale cuando tengo un dolor insoportable? ¿Por qué no es válida mi voluntad ahora, en que no tengo dolor pero igual me apetece morir?

Si es la autonomía, no cabe la compasión

Vertiente lógica

Eutanasia: acción/omisión producida por un tercero con la intención de matar para **reducir el sufrimiento** del paciente con el **consentimiento** de este o su representante legal.

Sin embargo,

- ❑ La **autonomía** no justifica la eutanasia
- ❑ La **compasión** no justifica la eutanasia
- ❑ La **autonomía y compasión juntas** se anulan entre sí

Nada justifica matar intencionalmente a un tercero en un estado de derecho

Vertiente política

**Legalizar la eutanasia es una política regresiva
Un peligro para los más vulnerables**

Efectos previsibles

1. Presión social y familiar

- La sola existencia de la ley obliga a plantearse la posibilidad a todas las personas (no es una “opción”)
- Nadie quiere ser una carga para su familia. Los cuidados paliativos integrales son muy caros: los pobres serán los primeros en querer morir para no consumir el dinero familiar
- Personas con menor red de apoyo, socialmente vulnerables: Morir cuanto antes para no sentirse más solos y ‘sobrantes’

Vertiente política

2. Institucionalmente

- **Salud pública:** presión por liberar camas (con la mejor intención, se sugerirá hasta el cansancio)

EL MERCURIO
DOMINGO 3 DE AGOSTO DE 2025

NACIONAL

C 11

CLAUDIO SANTANDER

El sostenido envejecimiento de la población muestra una inquietante realidad en los segmentos más vulnerables y en condición de abandono, como los denominados pacientes socioasistenciales adultos mayores.

Tras recibir el alta médica, estos usuarios permanecen en los centros de salud al carecer de redes de apoyo. Una condición asociada al grado de dependencia y serias discapacitantes que limitan la autonomía.

Según datos de la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud (Minsal), hoy se evidencia una sobrerrepresentación de adultos mayores, especialmente hombres, como pacientes socioasistenciales. De los 1.155 casos totales en el país al 30 de junio, 821 correspondían a adultos mayores (70,8%).

"La falta de redes de apoyo es la principal causa de que los pacientes socioasistenciales no puedan ser egresados de la red hospitalaria, especialmente en casos de dependencia moderada o severa. La causa del aumento de estos casos está relacionada con el aumento de la población adulta mayor, lo que no solo es un desafío para salud, sino también para las economías y el desarrollo en sociedades que se han vuelto menos colectivas", plantea esta repartición del Minsal.

"Cuando una persona con dependencia moderada o severa es dada de alta de una atención hospitalaria, lo prioritario es su reintegración a la comunidad, donde puede volver a revincularse en afectos, entorno social e incluso avanzar en recuperación de sus capacidades físicas y de autonomía. Permanecer en un entorno hospitalario genera deterioro funcional y pérdida de autonomía", añade.

La estadía de estos pacientes en los recintos hospitalarios impacta solo en la ocupación de camas básicas y no afecta la ocupación de ningún otro tipo de cama de la red asistencial, señala el Minsal.

"Son pacientes que están li-

Siguen en recintos de salud, muchos de ellos desarrollando cuadros de depresión:

Más de 800 adultos mayores con alta médica no pueden egresar de hospitales por la falta de redes de apoyo

Equivalen a más del 70% de las personas en dicha condición en la red asistencial pública. Esta situación complica también la ocupación de camas básicas.

"En estos casos juegan un papel importante los voluntarios, cuando se trata de pacientes socioasistenciales por abandono (L.). No quiere decir que se les deje de lado, pero viven en un contexto de soledad. Una funcionaria nos comentó el caso de un paciente adulto mayor de larga estadía por abandono, a quien trasladaron a otro hospital. Los funcionarios quedaron muy afectados, porque se crean lazos", añade.

Según Pizarro, la derivación en la red hospitalaria de estos pacientes surge como una medida para habilitar camas que se requieran con mayor prioridad.

Melancolía y nostalgia

"Por lo observado en diversos hospitales del país, un paciente hospitalario puede estar desde meses hasta años ocupando una cama hospitalaria. Si hablamos de duración promedio, están de seis meses, aproximadamente", agrega Yinko Herrera, CEO del Centro de Referencia Socioasistencial (CRS) de Myra Salud.

"La falta de redes de apoyo y abandono social en adultos mayores hospitalizados afecta negativamente su pronóstico clínico, pues aumenta el riesgo de complicaciones, descompensaciones e incluso mortalidad, a lo que se suma un impacto negativo en lo funcional. Generalmente estos pacientes ven deteriora-

“Sabemos que esto es una problemática y se han dado pasos para abordarlo, como la Política Nacional de Cuidado, que debe sostenerse y mejorarse”.
RODOLFO GUTIÉRREZ DE LA HERRERA, ASISTENCIAL

“Son personas conscientes que están (ahí) por el abandono de sus familias. Su salud mental se ve deteriorada porque saben que las dejaron ahí”.
CLAUDIA PIZARRO, PRESIDENTA NACIONAL DE ASOCIACIONES DE ENFERMEROS DE CHILE

El Minsal cuenta desde 2015 con un programa de 206 camas socioasistenciales para brindar atención integral hasta una posterior derivación a una instancia familiar o centro para adultos mayores. En la imagen CRS de Myra Salud.

ALZA
El porcentaje de personas de 65 años o más, ascendió a 14% en el Censo 2024. En 1992 representaban 6,6%.

limita la disponibilidad para otros pacientes con necesidades eminentemente clínicas", previó el ministerio.

"Lugar de residencia"

Claudia Pizarro, directora nacional de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeros de Chile, describe que la dinámica diaria de estos pacientes re-

Legalizar traslada la presión al paciente: de hacerse una pregunta que no estaba en su horizonte

Vertiente política

2. Institucionalmente

- **Salud pública:** presión por liberar camas (con la mejor intención, se sugerirá hasta el cansancio)
- **Salud privada:** Isapres crearán planes ‘con cuidados paliativos integrales’ y ‘sin cuidados paliativos integrales’. El precio hará que la mayoría contrate ‘sin cuidados’, i.e. ante enfermedad y crisis: eutanasia
- La **eutanasia legal** (o despenalizada) **desincentiva** la inversión en cuidados paliativos de calidad y universales. Esto, a su vez, mantiene altos los costos.

Vertiente política

2. Institucionalmente

Eutanasia compite por presupuesto y atención con cuidados paliativos y salud mental

Donde se legaliza eutanasia, los cuidados paliativos se frenan.

Aumento gasto y atención en cuidados paliativos:	Estados sin Eutanasia	Estados con Eutanasia
Europa (2012-2019)	+25%	+7,9%
EEUU (2015-2019)	+9,4%	+3,2%

Vertiente política

3. Psicológicamente: Efecto dominó

- De la despenalización o legalización, a verlo como algo lícito y por lo tanto no malo, hasta algo bueno, son pasos muy pequeños (**efecto pedagógico de la ley**)
- **Justificaciones:** de la voluntaria a la no-voluntaria y la involuntaria; de la enfermedad terminal al simple deseo
- **Médicos:** van perdiendo la sensibilidad frente al ‘matar’
- La **cultura**, la sociedad, deja de ver a la vida como inviolable e indisponible

Vertiente política

3. Psicológicamente: Efecto dominó

Donde se legaliza, la práctica se normaliza y se expande con el tiempo

Expansión a causales “atípicas”:

- alcoholismo
- autismo/discapacidad intelectual
- demencia avanzada
- estado depresivo crónico
- estrés post-traumático causado por abuso sexual
- eutanasias dobles
- tinnitus crónico
- 'cansancio de vivir'

Bellolio A., Javiera, & Rosso R., Pedro. (2021). Impacto social de la despenalización de la muerte médicamente asistida. *Revista médica de Chile*, 149(11), 1650-1656

Vertiente política

3. Psicológicamente: Efecto dominó

Derecho Comparado: Canadá

¿Pendiente resbaladiza o precipicio? (10 años)

Cuando se expanden las causales, se expande la práctica: la excepción compasiva **se vuelve normal**

- Muerte médicamente asistida fue 4,7% de todas las muertes (2023); la expansión a salud mental se aplazó a 2027 (falta salvaguardas)
- Salvaguardas débiles: reportes incumplimientos con pocas consecuencias efectivas (Ontario)
- Se abrió a enfermedades no terminales; el acceso a eutanasia puede ser más expedito que a salud mental (folletos)
- Pobreza, falta de vivienda, enf. mental, discapacidad

Si se legaliza/despenaliza, ¿quién solicitará la muerte?

- ❑ **Los económicamente miserables** sin recursos para acceder a cuidados paliativos, o que no quieren dejar a su familia con deudas
- ❑ **Los afectivamente miserables** sienten que no son importantes para nadie, nadie los necesita, nadie los echará de menos, sienten que sobran

Se elimina al que requiere más apoyo

Vertiente política

Lo único que protege a los vulnerables:

Cuidados paliativos integrales de calidad

- Atención activa e integral de los pacientes y de las familias de quienes padecen una enfermedad incurable.
- Incluye alivio del dolor y de otros síntomas físicos, y la preocupación por los aspectos psicológicos, sociales y espirituales (del paciente y su entorno)
- Se concentra en la calidad de vida y alivio de síntomas con equipo multidisciplinario, sin acelerar ni posponer la muerte.

Vertiente política

- ✓ La eutanasia no es “una opción para que cada cual decida libremente”, **porque presiona a los más vulnerables**
- ✓ La eutanasia no es compasión ante el sufriente, **porque lo obliga a pensar cuánto “está costando”**
- ✓ La eutanasia no es proteger la autonomía del ciudadano en un estado de derecho, **porque desprotege a los más débiles, no es una ley igualitaria**

Es una política pública regresiva

- El que pide la eutanasia:

“Yo *siento* que no *puedo* seguir viviendo”

- El que apoya la eutanasia:

“Yo *pienso* que no *debes* seguir viviendo”



Universidad de
los Andes