

Eutanasia: catálogo de mitos

- ❖ Respuesta a los argumentos más frecuentes en favor de la eutanasia
María Martínez López, Alfa y Omega n. 616, 20.-XI-2008

Los debates sobre la eutanasia suelen basarse en casos extremos, manipulación de sentimientos como la compasión, o el miedo al sufrimiento, y acusaciones infundadas a la Iglesia. Todo ello disfraza la verdadera naturaleza y las implicaciones de los argumentos pro-eutanasia

Hay situaciones muy duras en las que una persona puede decidir que la vida así no es digna.

¿Quiere esto decir que la vida de todos los enfermos terminales es indigna y debe ser eliminada? Sería una afirmación muy cruda... Pero si la dignidad depende de la percepción del enfermo, entonces es subjetiva. Cualquiera podría decidir cuándo y en qué condiciones su vida es indigna. Por lo tanto, la sociedad debería dejar de intentar prevenir los suicidios y de luchar, por ejemplo, contra la anorexia, pues una persona podría decidir que su vida con cinco kilos de más es indigna, y suicidarse lentamente.

Si alguien ha perdido la conciencia o la capacidad de deliberación, no hay vida específicamente humana.

¿Por qué una pérdida que se supone permanente de la conciencia hace que una vida deje de ser humana, y una pérdida temporal (durante el sueño, o tras un golpe), no? Mientras un ser humano vive, conserva la dignidad de todo ser humano. En una sociedad que presume de defender la dignidad humana y a los débiles, es una gran hipocresía defender que algunas vidas son más dignas que otras. Aquí ya no se habla de libertad del individuo, sino de poder de otros para eliminarlo.

Legalizar la eutanasia no es aplicarla a todos, sino a quienes la elijan libremente.

Uno de los principales defensores de la eutanasia en España, el doctor Luis Montes, llegó a declarar ante el juez que no había consultado a algunos de sus pacientes sobre la sedación terminal para no hacerlos sufrir. Difícil creer que con la eutanasia vaya a ser distinto. Un estudio de 1995, en Holanda, encontró que 900 eutanasias, de 4.500, se habían hecho sin consentimiento del paciente. En 1990, el informe Rammelink detectó un total de 8.100 actuaciones destinadas a acelerar la muerte, el 61% de ellas sin consentimiento del paciente. En Oregón, único Estado estadounidense (hasta ahora) donde estaba legalizado el suicidio asistido, la ley exige que, ante la sospecha de que quien lo solicita sufra de algún trastorno psíquico, como la depresión (frecuente en enfermos terminales), se le remita a un especialista que evalúe si tiene capacidad de decidir libremente. Pero este mandato es ignorado, pues ninguna de las 46 personas que se suicidaron en 2007 fue evaluada, aunque una cuarta parte de ellos presentaba síntomas claros de depresión. Un estudio similar en Holanda descubrió que, al menos, el 50% de enfermos que habían solicitado la eutanasia estaban deprimidos. Claro, que no todos verán en esto un argumento en contra de la eutanasia, porque, si la depresión empeora la calidad de vida de los enfermos terminales -y no sólo de ellos-, siguiendo los argumentos pro-eutanasia, esa misma depresión justificaría la eutanasia.

No se puede comparar la eutanasia con las prácticas nazis, porque aquéllas eran impuestas y la eutanasia es elegida libremente.

Dejando aparte las dudas sobre la libertad al pedir la eutanasia, la comparación no se basa en que la eutanasia fuera voluntaria o no, sino en que cualquier eutanasia supone acabar con una vida porque se considera indigna. Si se admite que alguien pueda decidir eso sobre su propia vida, pronto pasarán a poder decidirlo los familiares, o los médicos. O los gestores del Gobierno, que quieren recortar gastos. Entonces morir se puede convertir en un deber, como pide la baronesa Warnock, bioeticista inglesa, para ancianos con demencia, que «malgastan la vida de la gente y los recursos» del sistema sanitario. El actor y activista de izquierdas Martin Sheen (protagonista de El ala oeste), ante el referéndum que ha legalizado el suicidio asistido en el Estado de Washington, advirtió en un anuncio de radio de que perjudicaría a las personas con

pocos ingresos, a los que, en vez de financiarles los tratamientos, «se animaría a elegir el suicidio asistido». Los enfermos con cáncer de Oregón están descubriendo que el sistema sanitario no cubre sus tratamientos, pero sí el suicidio asistido.

Si la autonomía del paciente está regulada, es una contradicción que no se le permita ser autónomo hasta el final.

Los derechos individuales no prevalecen siempre. Por ejemplo, el derecho a la propiedad cede ante un embargo e incluso ante una expropiación para realizar obras públicas. Cuánto más la autonomía del paciente, al entrar en conflicto con la propia vida, requisito previo de todos los demás bienes y derechos.

Aunque algunos no la compartan, diversas organizaciones defensoras de la vida han defendido la legitimidad de la decisión de Hanna Jones, la menor que ha rechazado un transplante de corazón. ¿Qué diferencia hay entre eso y la eutanasia, por ejemplo, retirando un ventilador o la alimentación?

No aplicar un tratamiento y aceptar la muerte es distinto a intervenir directamente para provocarla, ya sea con una inyección letal (eutanasia activa) o retirando la alimentación, hidratación, ventilación o higiene, que no son tratamientos médicos, sino cuidados básicos debidos a la dignidad humana (eutanasia pasiva).

Aun en el caso de legalizarse, la eutanasia sólo se aplicaría en casos muy concretos y limitados.

Una vez se abre la puerta a la eutanasia y/o al suicidio asistido, se entra en una pendiente deslizante, pues la sociedad se acostumbra a esta práctica y se reduce el umbral de tolerancia al sufrimiento. Cada vez se está aplicando más a enfermos no terminales, y se llega a casos extremos como el de la alemana Bettina Schardt, a quien un activista pro-eutanasia ayudó a morir porque le costaba cuidar de sí misma y no quería acabar en un asilo. En una carta al director en el diario El País, un lector justificaba la eutanasia como solución a la situación de tantos mayores desatendidos y solos como hay hoy en día, que «verían el cielo abierto».

La eutanasia y el suicidio asistido son una respuesta al sufrimiento.

El doctor Montes instauró en el servicio de Urgencias que dirigía la frase: «Hay que sedar [sedaciones terminales] por ética y por estética». La estética se refería a los pacientes en coma que, sin estar sufriendo, resultan desagradables de ver cuando tienen crisis epilépticas, se mueven o emiten sonidos. También son, claro, candidatos a la eutanasia.

El sufrimiento es siempre un mal y todo está justificado, con tal de evitarlo.

El sufrimiento es parte de la vida y, aunque se debe luchar por acabar con él, el fin no justifica los medios. «Me preocupa que, al defender el derecho a la sedación final definitiva, lo hagamos de tal forma que contribuya a fortalecer el miedo al sufrimiento y, como derivada, la intolerancia de cualquier situación que nos pueda parecer dolorosa. Porque entonces podemos legitimar socialmente actuaciones que obedezcan más a una cultura de anestesia que a una cultura de dignidad en el vivir». Lo afirmaba Milagros Pérez Oliva, especialista en temas de Sanidad de El País, en un seminario, aunque años después ha contribuido a lo que entonces criticaba.

Es admirable que algunas personas muy enfermas o con graves discapacidades saquen su vida adelante, pero no se le puede exigir eso a todas.

La sociedad tiene el deber de proteger a los grupos más vulnerables, como los discapacitados. Y estos colectivos han declarado en varias ocasiones el daño que les hace cada vez que se habla de eutanasia, cómo el mensaje que se transmite sobre la discapacidad es cada vez más negativo, e incoherente con la lucha por su integración.

Se debe legalizar la eutanasia para evitar el encarnizamiento terapéutico.

La misma deontología médica que se opone a un exceso, se opone al otro. Hay que investigar esos casos y sancionarlos, en el caso de que realmente se den. De existir de verdad, seguramente los medios pro-eutanasia les darían publicidad, cosa que no ha ocurrido.

La eutanasia es compatible y el complemento perfecto a los cuidados paliativos.

En el hospital Severo Ochoa, de Leganés, a pesar de que, en el año 2003, se creó una Unidad de Cuidados Paliativos, se siguieron practicando las sedaciones terminales indebidas en Urgencias, lo que demuestra el divorcio que, en la realidad, existe entre los cuidados paliativos y otras prácticas que se intentan asimilar con ellos. El doctor Montes llegó a afirmar, en el periódico Diagonal, que «no hace falta que el enfermo haya pasado por una unidad de cuidados paliativos» antes de ser sedado terminalmente.

Hay un clima de opinión que pide que se legalice la eutanasia.

No es cierto. Ciertos sectores de la sociedad, con películas como Mar adentro (de argumento similar a una película de propaganda nazi), la manipulación política del caso Montes (que no consiguió impedir que el PP mejorara sus resultados electorales en Leganés y la Comunidad de Madrid en 2007) y las declaraciones periódicas del ministro Bernat Soria, pretenden que la eutanasia tenga una mayor presencia en los medios de la que realmente tiene en la calle o entre los profesionales sanitarios. Hasta la ex ministra de Sanidad socialista, Elena Salgado, declaró al poco de estrenarse Mar adentro que no existe «una demanda de este tipo, ni tan siquiera ese debate».

Es mejor que la eutanasia se aplique en el ámbito sanitario, en vez de que la gente busque formas de suicidarse por su cuenta.

Siempre habrá casos que no cumplan los requisitos, y los activistas son los primeros en aconsejar los métodos clandestinos. El activista Philip Nitschke, que explica su método de suicidio en conferencias y a través de Internet, recomendó a quienes creen que tienen Alzheimer que busquen ayuda para suicidarse lo antes posible y no acudan al médico. La organización Dignitas enseñó a cuatro de sus clientes a suicidarse con helio para evitar los trámites legales.

❖ **Para aclarar ideas**

Eutanasia: Acción u omisión, por parte del médico u otra persona, con la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor (si el fin es reducir gastos sería homicidio). Puede ser voluntaria (con el consentimiento del paciente), involuntaria (contra la voluntad del paciente) o no voluntaria (no consta el consentimiento). En la eutanasia pasiva se omiten cuidados (hidratación, alimentación, ventilación) o tratamientos indicados y proporcionados. No es eutanasia pasiva la omisión de tratamientos desproporcionados o fútiles, que es legítima.

Encarnizamiento (obstinación o enañosamiento) terapéutico: Práctica, contraria a la deontología, de aplicar tratamientos inútiles o útiles, pero desproporcionadamente molestos, para el resultado que se espera.

Ortotanasia: Reconociendo en todo momento la dignidad de la vida del paciente, permitir que la muerte natural llegue, con los máximos tratamientos paliativos y recurriendo a medidas razonables, y con asistencia psicológica y espiritual.

Sedación terminal: Administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable por otros medios, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado. No es relevante que, como efecto no buscado, se adelante la muerte, mientras no sea lo que se pretenda directamente y esté aplicada correctamente: cumpliendo los requisitos anteriores y empezando con la dosis mínima, que se subirá gradualmente hasta hacer remitir los síntomas.

Suicidio asistido: Ayudar a quitarse la vida cuando la persona no sea capaz por sus propios medios.