Miércoles, 09 de octubre de 2019
ReligiónenLibertad

EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Tres artículos (2019)

A

- **El «derecho a la eutanasia» entra de nuevo en campaña electoral**

➢ Pedro pensó en la eutanasia para su mujer, pero conoció los paliativos: «Empezamos a vivir otra vez»

Pedro cuenta la experiencia, que no cambiaría, que vivió con su mujer enferma terminal en un centro de cuidados paliativos

J.L. / ReL - 09 octubre 2019

Queda **apenas un mes para unas nuevas elecciones generales en España** y los partidos políticos ya van dando a conocer las propuestas que llevarán en sus programas o que promocionarán especialmente con el objetivo de ganar votos de cara al 10-N.

Al igual que en abril **la eutanasia volverá a entrar en campaña.** Ya se ha encargado el propio PSOE de que así sea al presentar sus “35 compromisos sociales”. En el número 13 aparece la “regulación de la eutanasia” donde aparece que “es necesario avanzar en materia de derechos civiles. Nos comprometemos a

aprobar la ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida que entre otros aspectos **regulará el derecho a la eutanasia".**

Ni una sola mención hace de los cuidados paliativos, principal petición de los médicos y de numerosas familias.

Más paliativos y menos eutanasia

Sin embargo, mientras se intenta imponer el "derecho a la eutanasia" **siguen sin implantarse como debieran los cuidados paliativos,** que donde se llevan a cabo hacen un bien inmenso. Así lo atestiguan los pacientes y sus familias.

Un ejemplo es el de Pilar y su familia. Esta mujer, esposa y madre de familia, fue diagnosticada de un tumor cerebral muy agresivo e inoperable. Finalmente, acabó en el centro de cuidados paliativos de la **Fundación Vianorte-Laguna**, donde falleció, y este final de la vida fue completamente diferente a lo que esperaban. Pero para mejor, mucho mejor.

Su marido, Pedro, recuerda exploraron todas las opciones, llegando incluso a plantearse la eutanasia como una opción. Finalmente, en los cuidados paliativos encontraron todo lo que necesitaban. **"Empezamos a vivir otra vez"**, explica.

En una entrevista publicada en *Alfa y Omega*, Pedro recuerda que su esposa acudió al médico a realizarse una revisión rutinaria porque cada vez tenía más dolores de cabeza y más fuertes. **Era joven, tenía 44 años,** y fue entonces cuando le diagnosticaron un tumor cerebral en un TAC. Ese día, él no había acompañado a su mujer a la consulta, pero al quedar ingresada acudió rápidamente.

Pilar, en una foto cedida por la familia

"Eutanasia y que deje de sufrir"

Entonces recibió el mazazo. “Me dieron la noticia –señala- de que era un tumor inoperable y de los peores que hay, con una esperanza de seis meses. La calidad de vida iba a ser muy mala, con todas las consecuencias: fallo respiratorio, fallo multiorgánico, silla de ruedas, sin oír ni hablar… Cuando te dicen eso se te cae el mundo encima. Primero piensas en buscar otro diagnóstico. Y luego **cuando se confirma, te planteas: para que esté sufriendo, lo mejor es que muera. Eutanasia y que deje de sufrir”.**

Sin embargo, echando la vista atrás su pensamiento es completamente diferente. Afirma que aquella primera opción que se planteó con la eutanasia era la vía “fácil”. De hecho, Pedro reconoce que “debido al sistema de vida y a la velocidad que llevamos, no nos paramos a pensar. Pero ahora **sé que hay 200.000 cosas que no son la eutanasia y que son infinitamente mejores.** El enfermo va a estar atendido y no va a sufrir, esa es mi experiencia”.

"En paliativos empezamos a vivir otra vez"

“Lo más digno –agrega el marido de Pilar- es cuidarle y luchar, hasta los últimos momentos. Tuvimos la suerte de caer en paliativos de Laguna después de un año de desatenciones por parte de médicos que decían que, como ya no se podía curar, no podían hacer nada. **Cuando entramos en paliativos empezamos a vivir otra vez".**

Paradójicamente esta familia asocia ahora paliativos a vida. “Puede parecerlo, pero quien lo haya vivido me entenderá. Recuerdo cuando llegamos con la ambulancia que la imagen que teníamos era que esto es el final. Y fue todo lo contrario: **mi mujer se encontró atendida, querida y cuidada. Y nosotros también. Ella vivía.** La gente que hay en el hospital se deja la vida entera”.

Unos momentos inolvidables y para toda la vida

Sus hijos tienen también una tremenda experiencia de lo vivido con su madre en aquel tiempo en cuidados paliativos. Pedro reconoce que “mis hijos son una generación de su tiempo, y tienen opiniones muy modernas sobre muchas cosas. Pero respecto a la eutanasia están en contra por lo que han vivido. **Mi hija Lorena, por ejemplo, venía y tocaba la guitarra y el piano para su madre, porque en este hospital hay piano. Y su madre la escuchaba. Eso le quedará a ella para siempre.** Son minutos llenos de intensidad”.

Al mismo Pedro la enfermedad y muerte de su mujer le ha cambiado la forma de ver la vida. “Me ha reforzado más en mis creencias**. Yo he vivido otras situaciones en las que la gente se ha enfadado pero a mí me pasó lo contrario, ahora necesito rezar a la Virgen.** Tengo la costumbre de entrar a verla cuando paso cerca de una iglesia y, cuando la veo, lloro”.

También tiene palabras para los políticos que tienen la capacidad de legislar sobre el final de la vida, a los que les pide que se “informen”. Les recuerda que “los paliativos existen en nuestro país porque hay médicos y profesionales excepcionales que se preocupan, trabajan con personas que están en una situación difícil y dolorosa. **Muchas veces trabajan sin médicos suficientes, sin ser valorados socialmente ni tomados en cuenta… Necesitan más ayudas para poder atender tanto a los enfermos, como a quienes los rodeamos.** Si hacen una ley, necesitamos una ley para la vida. Para las familias necesitamos bajas laborales que se puedan tramitar rápidamente. Por ejemplo, en mi caso, estuve cinco años sin faltar al trabajo, y en los últimos meses de enfermedad de mi mujer, la empresa te echa. Y la ley de dependencia debería contemplar los paliativos”.

Miles de muerte sin acceso a los paliativos

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal), 80.000 personas fallecen cada año en España sin acceso a servicios de cuidados paliativos, lo que les genera un sufrimiento innecesario, con síntomas descontrolados. En definitiva, se ven privados del derecho fundamental a la salud.

Sin embargo, no todo son sombras. Se ha detectado una creciente implantación de servicios paliativos para niños en Europa (de 29 países en 2013 a 38 en 2019) y en España (de 5 a 10 servicios en 6 años); además, se están generalizando marcos legales que regulan la provisión de paliativos (leyes específicas, decretos-leyes, o planes y estrategias nacionales).

Ƀ

- **El cirujano Stefano Martinolli lamenta la legalización del suicidio asistido en Italia**

➢ Los enfermos son frágiles y sensibles al ambiente: legalizar la eutanasia les sugiere «no molestar»

El doctor Martinolli no excluye la posibilidad de que la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido tenga solamente razones económicas, ante el creciente número de ancianos y el declive demográfico.

ReL 06 octubre 2019

A través de una sentencia del Tribunal Constitucional, **Italia ha legalizado de hecho el suicidio asistido**. Como siempre en *casos excepcionales* que la experiencia de países como Bélgica, Holanda o Canadá demuestra que se amplían

rápidamente hasta la desaparición de todo límite. En un artículo publicado en el Observatorio Internacional Cardenal Van Thuan sobre la Doctrina Social de la Iglesia, el doctor **Stefano Martinolli**, jefe de cirugía en el hospital Cattinara de Trieste y experto en bioética, pone de manifiesto todos los peligros que se abren ahora sobre los enfermos más ancianos, más graves o incluso, sin ser ancianos ni graves, los más predispuestos a perder la esperanza:

El doctor Stefano Martinolli, además de un prestigioso cirujano y experto en bioética, tiene una gran afición a la prestidigitación, que demuestra incluso en actos públicos.

El pasado 24 de septiembre, el **Tribunal Constitucional italiano** ratificó que la **ayuda al suicidio**, contemplada en el art. 580 del Código Penal, que prevé penas entre los 5 y los 12 años de cárcel, **puede no ser objeto de castigo en "determinadas condiciones"**, en el caso de un "paciente con una enfermedad irreversible que le causa sufrimientos físicos o psicológicos intolerables, que es mantenido en vida mediante soporte vital, pero que está capacitado para tomar decisiones conscientemente".

Las reacciones a esta sentencia han sido numerosas y variadas, creando la habitual confrontación entre los favorables y los contrarios. En esta ocasión, sin embargo, la cuestión de la eutanasia y el final de la vida han ido un paso más "allá". Se ha observado como el Tribunal Constitucional ha vinculado la sentencia a la ley 219/2017 (*Disposiciones anticipadas de tratamiento*, el testamento vital), lo que confirma que **ya entonces el planteamiento de ese texto era claramente pro-eutanasia**, aunque "endulzado" por cuestiones distintas como el consentimiento informado, la autodeterminación del paciente, el hecho de compartir el recorrido de tratamientos, etc. Se ha querido proceder por etapas para introducir en Italia el "derecho a morir" mediante normas jurídicas que se

presentaban como humanas, justas, solidarias y realmente cercanas a las personas que sufren. De hecho, la Consulta **ha abierto la puerta a la cuestión de la legalización de la eutanasia**.

También en este caso asistimos a definiciones que no son siempre precisas, con el fin de confundir los términos reales que hay que utilizar. Por ejemplo, la Asociación Europea de Médicos de Hospitales distingue **eutanasia**, momento en el que un médico administra una sustancia letal a petición del paciente, del **suicidio asistido**, que es cuando el médico ayuda al paciente a suicidarse, dejándole a él la responsabilidad del acto final. Por lo tanto, según estas definiciones, se trataría de una cuestión "técnica" en la que, **en el segundo caso, el médico no tendría responsabilidad** y sí sólo el deber de vigilar la modalidad del suicidio.

La Consulta ha utilizado los términos «sufrimientos físicos o psicológicos intolerables» como motivo para recurrir al suicidio, **impulsando e hipertrofiando la autodeterminación del paciente** que, así, podrá decidir acabar con su vida también sobre la base de una enfermedad psíquica, un estado de ánimo existencial negativo o la simple falta de un motivo para vivir. Basta recordar algunos ejemplos recientes: **Noa Pothoven**, fallecida el 2 de junio en Holanda por una depresión grave, o **Alan Nichols**, fallecido en Canadá por el mismo motivo, ambos utilizando el suicidio asistido.

Sin embargo, el punto en el que me gustaría detenerme es el de la «libertad de elección». El diputado **Marco Cappato**, después de la sentencia, se ha expresado con gran entusiasmo y énfasis, subrayando que "ahora por fin somos libres". Por otra parte, **la objeción que se plantea cada vez que se aprueban estas leyes es la misma: se tiene que ser libre** de elegir si suicidarse o no, si utilizar el testamento vital o no, si abortar o no. El Estado tiene que dejar la posibilidad de utilizar estos derechos. Además de la respuesta inmediata que nos recuerda que algunas leyes (la obligación del casco o del cinturón de seguridad, por ejemplo) han sido creadas **limitando la libertad de elección por el bien de los individuos**, hay otra que hace referencia a la **"experiencia histórica" de otros países (como Holanda y Bélgica**, por ejemplo), que han adoptado y utilizado la

eutanasia y el suicidio asistido desde hace años, y que aportan datos muy interesantes.

No existe verdadera libertad de elección en un ambiente cultural que nos hace percibir constantemente y de manera muy negativa el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, y en el que la dignidad de la vida es definida exclusivamente según criterios utilitaristas ("si estoy bien, estoy activo, funciono bien, me relaciono bien, entonces valgo como persona"). ¿Quién establece el nivel de dignidad (con qué escala de valores) por debajo del cual la vida ya no tiene sentido? ¿Cada uno se tiene que ocupar de sí mismo, desvinculándose de la realidad objetiva y de la sociedad, hecha de relaciones? Es evidente que con estas premisas **el parámetro dignidad de la vida puede sufrir continuas e imprevisibles variaciones y cambios**, que ni la jurisprudencia ni la medicina podrán enmarcar o medir.

Los defensores de estas leyes sostienen, además, que el enfermo es consciente y consiente. Pero las experiencias de los países citados más arriba **ponen en evidencia un porcentaje no indiferente de malentendidos o incluso de falta de consentimiento**, hasta el punto de suscitar reacciones o denuncias (a veces verdaderas investigaciones judiciales) por parte de los familiares o de las personas amadas del difunto, poniendo de manifiesto un sistema eutanásico que no desea ser cuestionado.

Los ejemplos de este planteamiento casi «coercitivo» son numerosos. Cito a **Joseph Fletcher** y **Granville Williams** que, en los años 50, en la región de habla inglesa, elaboraron el principio ético y jurídico del *Right-to-Die* [Derecho a morir] y **defendieron incluso la acción -no solicitada- de matar**, por motivos eugenésicos y humanitarios, a personas portadoras de graves disfunciones biológicas, sobre todo niños. Defendían este derecho contra la mentalidad religiosa, expresada sobre todo por la **Iglesia católica**.

Este tipo de elección puede esconder, además, motivos económicos. ¿Cómo no pensar en un proyecto a gran escala de **reducción del gasto sanitario** ante una población cada vez más anciana e improductiva?

¿Cómo tendrá que comportarse la Medicina, nacida para cuidar y sanar? ¿Tendrá que renegar de su esencia más profunda, su función originaria? **Esta mentalidad eutanásica considera a los enfermos graves como "casos perdidos"**, no dignos de vivir y no merecedores de ulteriores esfuerzos terapéuticos, lo que lleva gradualmente a renunciar a esa "obstinada" búsqueda de nuevos tratamientos incluso en los casos más desesperados, **eliminando el tradicional impulso médico hacia estudios cada vez más complejos** y, es inevitable, más caros.

Por último, hay que recordar que **los enfermos son personas frágiles y que se resienten del "clima cultural" que les rodea**. Es como el fenómeno de los suicidios "en cadena" (estudiado en Psiquiatría): uno empieza, otros le siguen por un mecanismo de emulación. ¿Quién nos dice que, ahora que se ha abierto esta puerta, no pueda suceder lo mismo? Es evidente que los pacientes, en este clima de desaliento y desconfianza, serán **"libres" de poder elegir únicamente la muerte, como para quitarse de en medio, para no molestar**, ya que sentirán que su presencia es incómoda, convencidos además de que su decisión será libre y un bien para ellos y para la sociedad. Y, sobre todo, que es la única opción posible que tienen.

Para concluir, me parece que estas leyes tan inhumanas conllevan **dos consecuencias: la pérdida de la esperanza y la soledad de los individuos**. En el primer caso, los enfermos se sentirán inútiles, sentirán que su vida no tiene un objetivo, se sentirán privados de toda perspectiva y aspiración futura. En el segundo caso, la tan enfatizada autodeterminación, si se exaspera, puede llevar al individuo a sentirse cada vez más solo, privado de la experiencia de las relaciones y de poder compartir realmente la enfermedad y la muerte, consideradas como una experiencia personal encerrada en una privacidad rígida, dentro de una habitación sin puertas o ventanas comunicantes.

El Hecho Cristiano es el único que da sentido y respuesta a estos interrogantes: ¿quién soy? ¿De dónde vengo? ¿Adónde voy? ¿Por qué sufro? ¿Por qué muero? Sólo Cristo es capaz de glorificar el sufrimiento y el dolor y de derrotar, una vez para siempre, a la Muerte.

C

Miércoles, 09 de octubre de 2019
ReligiónenLibertad

Inicio / Vida y familia

- **Expertos belgas en salud denuncian la falta de autonomía del paciente**

➢ La eutanasia real, allí donde se aplica: el «derecho a morir» se transforma en «obligación de morir»

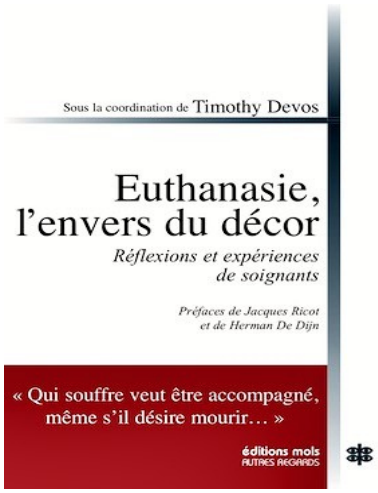
Los defensores de la eutanasia afirman que refuerza la autonomía del paciente. La realidad, allí donde se aplica, es justo la contraria.

ReL - 18 septiembre 2019

En Bélgica, uno de los países pioneros en la legalización de la eutanasia y su gran banco de pruebas, un equipo de personas del ámbito de la salud y la bioética cuestionan desde su conocimiento de la realidad cotidiana práctica el mito de que la decisión de morir sea totalmente individual. Lo cuenta **Ferdinando Cancelli** en ***Il Foglio***:

No hay modo mejor de comprender lo que podría suceder en nuestro país si se aprobara la ley que despenaliza la eutanasia y el suicido asistido, que hacer referencia a la **experiencia directa de personas que trabajan en el sector sanitario** de un país en el que las cosas son muy distintas desde hace mucho

tiempo. Bélgica es un óptimo modelo. Algunos médicos y enfermeros belgas han publicado recientemente un libro, ***Euthanasie, l'envers du décor*** (que se podría traducir como *Eutanasia, la otra cara de la medalla*), en el que recogen sus testimonios, respaldados por referencias bibliográficas y documentales. (Pincha aquí para ver una entrevista con dos de los autores.)



El texto, disponibile por ahora sólo en francés, merece ser leído con atención y ofrece algunos hechos dolorosamente interesantes.

En primer lugar, se descubre que antes de la aprobación de la ley belga del año 2002 había muchas dudas, expresadas por instituciones importantes y relacionadas con los riesgos de deriva. "Pensamos que cualesquiera que puedan ser las precauciones que la ley quiera adoptar, existe un peligro real de que la petición de eutanasia **no refleje la verdadera voluntad del individuo, o esté fácilmente condicionada** por circunstancias o presiones externas", escribía ya en 1983 la Comisión de reforma del derecho en Canadá. Y sigue: "Existe un peligro real de que el procedimiento puesto en marcha para permitir matar a quien siente que es un peso para sí mismo sea desviado gradualmente de su objetivo principal, y **acabe siendo utilizado para eliminar a quienes son un peso para otros y para la sociedad**". En la práctica, ya entonces se vislumbraba lo que es, actualmente, una realidad en un país como Bélgica.

Dos de los autores del libro. A la izquierda, Timothy Devos, hematólogo e internista en el hospital universitario de Lovaina, coordinador de la obra. A la derecha, Eric Vermeer, enfermero especializado en cuidados paliativos.

Eric Vermeer, enfermero especializado en cuidados paliativos y psiquiatría lo dice con claridad en el libro. A finales de 2001, la Comisión que trabajó en el que era entonces el proyecto de ley sobre la eutanasia había afirmado, sin ningún tipo de ambigüedad, que el sufrimiento psíquico del paciente, sólo, **nunca debería llevar a la muerte por petición**. A fecha de hoy, el séptimo informe de registro de las eutanasias en Bélgica indica **113 casos de muertes por eutanasia por motivos psiquiátricos** como depresión, demencia -incluso en una fase muy inicial-, trastornos bipolares, esquizofrenia y otras enfermedades mentales. Esta deriva se aplica **también a los casos pediátricos**. Vermeer hace referencia a la petición que hicieron los mejores pediatras del mundo reunidos en el congreso internacional de cuidados paliativos pediátricos de Bombay, en la India, en 2014. Dirigiéndose directamente al gobierno belga, pedían la puesta en marcha de los **cuidados paliativos**, afirmando que "la eutanasia no forma parte de la terapia paliativa pediátrica y no constituye una alternativa".

Otro aspecto fundamental que se deduce del libro es el de las motivaciones económicas que respaldan el interés político por la "muerte dulce", un argumento del que no se habla, a propósito, en los debates a favor de acortar la vida. Un estudio detallado de 2017 llevado a cabo por la universidad de Calgary, en Canadá, demostró que si el estado norteamericano alcanzaba el porcentaje de muertes por eutanasia de Bélgica en relación a la población, **podría ahorrarse cada año 130 millones de dólares**, el dinero que serviría para curar a quien, en cambio, "debería hacerse a un lado".

An Haekens, psiquiatra, también participa en este volumen sobre la eutanasia en Bélgica.

An Haekens, psiquiatra belga, directora de la clínica Alexianen, en Tienen, refiere las palabras de un compañero de profesión, el doctor **Boudewijn Chabot**, un militante pro-eutanasia de los inicios. "Se observa -tiene que reconocer también Chabot- un cambio cultural inquietante a propósito de la muerte elegida de acuerdo con el médico" y surge, continúa, "un **vínculo creciente entre las peticiones de eutanasia y la crisis financiera de la sanidad** que amenaza la calidad de los cuidados de las personas, sobre todo de las que sufren enfermedades psíquicas, en especial si son de larga duración".

Cada vez más, **el "derecho a morir" se transforma en una "obligación de morir"**; los médicos objetores de conciencia (aspecto previsto por la ley belga) se sienten cada vez más discriminados y sufren presiones para que se adapten al pensamiento dominante; cada vez más la lógica de la "calidad de vida", creciente también en nuestro trabajo diario en Italia, ejerce un sutil pero pérfido y continuo "impulso amable" **para que convenzamos a nuestros pacientes de que su vida vale poco**, seguramente menos de la de las personas que están sanas o son "curables". **Este condicionamiento forma ya parte de la mentalidad de los médicos** y el personal sanitario hasta tal punto que muchos corren el riesgo, también en nuestro país, de no ser conscientes de los riesgos que algunos cuestionarios aparentemente "inocentes" pueden esconder para los pacientes. A menudo presentados como instrumentos de valoración para mejorar la calidad de los cuidados, los cada vez más frecuentes listados de preguntas y su correspondiente puntuación acaban siendo clasificaciones artificiales de "dignidad", a menudo sin el conocimiento de quien los distribuye rutinariamente, o porque el "sistema de calidad así lo solicita".

Patrick Verspieren, jesuita.

El experto en bioética **Patrick Verspieren**, profesor de Filosofía moral en el centro Sèvres, a menudo recordaba el hecho de que no existe un "yo" que no dependa de los otros. "Recurrir a la noción de libertad individual, escribía, es por lo tanto, en este campo de elección entre la vida y la muerte, en parte ilusorio. Ese enfermo desea verdaderamente morir; sin embargo, **ese deseo no es el resultado únicamente de su libertad**, sino que con frecuencia puede ser la traducción de la actitud de su ambiente, si no de toda la sociedad, que ya no cree en el valor de su vida y se lo hace comprender con todo tipo de mensajes. Es una paradoja suprema: se rechaza a alguien de la comunidad de los vivos y él mismo piensa que desea personalmente la muerte. (…) Lo que soy y lo que quiero depende de la mirada y de la actitud de los otros".

A partir de esta tesis, las palabras de uno de los padres fundadores de la sociología moderna, **Emile Durkheim**, a propósito del suicidio, escritas hace más de un siglo, nos provocan: "El índice de suicidios no se explica sociológicamente. Es la construcción moral de la sociedad la que fija en cada momento el contingente de muertes voluntarias. Existe una corriente 'suicidógena' que actúa en cada sociedad, que influye en el deseo o no de vivir".

Hay que tener los ojos bien abiertos, nos dicen desde Bélgica estos compañeros. Hay que atesorar el camino recorrido por algunos "pioneros" y no caer en el error de pensar que somos mejores que ellos. Al cabo de algunos años de camino, **éste es cada vez más oscuro y resbaladizo** de lo que algunos podían pensar. Es el momento, como pidió en una ocasión el cardenal **Angelo Bagnasco** a los jóvenes genoveses, de caminar contracorriente.

Traducción de Elena Faccia Serrano