

LAS PROVINCIAS

SUICIDIO ASISTIDO DE MARÍA JOSÉ CARRASCO: LO QUE ESTÁ EN JUEGO

EMILIO GARCÍA-SÁNCHEZ PROFESOR DE BIOÉTICA EN CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA DE VALENCIA. JUSTO AZNAR LUCEA DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA VIDA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA. MIEMBRO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA

Domingo, 7 abril 2019, 09:49

Resulta insensible no empatizar con el sufrimiento que desvela este relato sobre la muerte de María José Carrasco. Admirable los días que su marido ha dedicado a cuidarla durante su vida. Nadie puede ignorar la dureza de una esclerosis múltiple de más de treinta años, especialmente limitante y de un alto grado de dependencia. Cada uno de estos casos representa un universo de dolor frente al que muchos de nosotros no podemos hacer otra cosa que suspender todo juicio.

Pero con todo el respeto que merece esta situación, la controversia comienza al pretender amortizar este tipo de episodios aislados de alto voltaje emocional y difusión mediática para fines políticos que, estratégicamente, buscan concienciar y presionar a la sociedad.

Permitir que en una sociedad uno de sus miembros provoque la muerte de otro bajo cierta excepcionalidad supone un debilitamiento progresivo del carácter inviolable de la vida humana y de los derechos que la preservan. Si en «algunos casos» se pudiera disponer de la vida propia o ajena, se estaría afirmando que la vida humana puede ser devaluada y perder la incondicionalidad de su respeto. Social y legalmente se operaría un cambio de paradigma ya que, bajo determinadas situaciones de sufrimiento, se aceptaría que la vida pueda ser violada, y su violabilidad constituir un derecho. Pero ninguna vida es indigna y por tanto violable por el sufrimiento que se padezca. La vida humana siempre constituirá un bien en sí mismo, aunque esté enferma. El mal lo representa el sufrimiento resultante que habrá que dotarlo de sentido, reducirlo al máximo, eliminarlo, apoyando al que sufre y a los que le acompañan para evitar llegar a la triste situación de pensar que ya no merece la pena seguir viviendo, adoptándose entonces la peor de las decisiones.

Aturdidos por esta tragedia, sostenemos que no pueden existir variantes benignas de la eutanasia y del suicidio asistido. Y por más que compartamos el sufrimiento, la valoración ética de este tipo de acciones no puede quedar diluida bajo una pátina de amor y compasión. Por muy duro que parezca, la lástima que provoca una situación de sufrimiento nunca puede justificar quitar intencionalmente

la vida de una persona. Porque si así fuera, ¿dónde fijaríamos el límite del sufrimiento a partir del cual se aceptaría la petición de eutanasia o de suicidio? ¿Bastaría con que alguien manifestara que ya no quiere seguir viviendo porque su vida carece de sentido y sufre? ¿Por qué en unos casos si se admitiese y en otros no? Al final no habría más remedio que abrir la puerta a un sinnúmero de situaciones que demandarían la muerte, por ejemplo, al sufrir por la pérdida de un ser querido, por la amputación de un brazo o un seno, por un desengaño amoroso, por bullying, por pérdida de movilidad, cáncer, Alzheimer demencia senil, discapacidad y retraso mental progresivo.

Por otra parte, querer legislar sobre casos extremos minoritarios y dramáticos resulta un modo inadecuado de legislar ya que, al hacerlo bajo una trágica y excepcional petición de muerte, acabaría convirtiéndose tal excepción en norma, extendiéndose la falsedad de que lo normal sería solicitar la eutanasia ante un diagnóstico de enfermedad incurable. De hecho, por el carácter pedagógico de las leyes, amplios sectores sociales y los propios médicos acabarían pensando - como así ha sucedido en Holanda y Bélgica- que la eutanasia o el suicidio representan la única alternativa ofertable a los enfermos llegados a esa fase irreversible de la enfermedad. El acostumbramiento social junto al activismo pro-eutanásico terminaría por convencer a médicos y familiares que terminar con la vida de un enfermo por la pena que les provoca o por la petición de este representaría una alternativa tan eficaz que no se podría rechazar. Ante opciones aisladas de eutanasia y suicidio, por dolorosas que sean, el Estado no debería universalizarlas en un pretendido derecho que obligue o presione a unos - médicos y familiares- a causar la muerte directa de otros.

Por el contrario, lo que el Estado si debiese atender y legislar es para una mayoría de ciudadanos enfermos y sus familiares que están reclamando a voces cuidados paliativos de calidad, los cuales, una vez ofrecidos, neutralizarían las escasas peticiones de eutanasia que existen. Aquí sí que hay un deber del Estado de universalizar el derecho y el acceso a esos cuidados, invirtiendo tanto como sea necesario para hacerlos realidad. Y estos esfuerzos solo se pueden alcanzar a través del compromiso de los gobernantes y la colaboración de sociedades compasivas con los más vulnerables, que pongan en marcha equipos multidisciplinares de médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes espirituales. Actualmente, en la gran mayoría de los casos de sufrimiento causado por dolores físicos y/o mentales, la medicina paliativa ya ha demostrado su eficacia para neutralizarlos o al menos disminuirlos. Y la sedación paliativa, cuando está indicada medicamente, controla los síntomas refractarios intratables que muchas veces constituyen la causa de sufrimientos intensos ante los que se apela a la eutanasia o el suicidio asistido.

Existen otras respuestas a la fragilidad y al sufrimiento humano al final de la vida o ante una enfermedad incurable, que son más acordes con lo que la dignidad de los enfermos y sus familias

exigen, más acordes con nuestra propia auto-representación como sociedad progresista y comprometida con sus miembros más débiles. Todas ellas empiezan por una necesaria inversión pública en cuidados paliativos.