

REFLEXIÓN SOBRE LA EUTANASIA

DRA. ANA JIMENO MONZÓN

DR. GONZALO CASAÑAL QUINTANA

Médicos de familia

Ante la proximidad de las elecciones generales, procede reflexionar sobre las diferentes opciones políticas que concurrirán a las mismas, con el objetivo de ayudar a una correcta elección. En el presente artículo, presentaremos los puntos que consideramos más esenciales del Proyecto de Ley (PL) de Eutanasia (EU) presentado por el PSOE en el Congreso de los Diputados en mayo del 2018 para su eventual aprobación por la cámara. Intentaremos llevar a cabo un análisis de sus aspectos más relevantes y/o controvertidos.

En la historia de nuestro país, se han dado casos hitos como el de Ramón San Pedro o, en la actualidad, el de María José Carrasco, que han sacudido emocionalmente a nuestro país, pero no ha existido todavía un debate público.

Algunos países occidentales y algunos Estados de Estados Unidos poseen una regulación legal de la EU, del Suicidio Médicamente Asistido (SMA) o de ambos.

El objetivo del PL es no sólo despenalizar la práctica de la EU y del SMA, tipificados como delito en nuestro Código Penal, sino regularlos, reconociendo un nuevo derecho individual consistente en ser ayudado en el proceso de morir, si se cumplen determinados requisitos y circunstancias.

En el PL, se entienden como EU y SMA aquellos procedimientos técnicos que causan en forma directa el fallecimiento del paciente. En el caso de las eutanasias, realizadas y supervisadas por el médico responsable, y en el de SMA, proporcionadas por el médico para que el propio paciente se las administre siguiendo las indicaciones de aquél.

Se denomina Contexto Eutanásico en el PL, a la enfermedad grave e incurable o a la discapacidad severa y crónica, que conlleven mal pronóstico vital y acarreen un sufrimiento que se considere intolerable. Podrán solicitar la EU los pacientes capaces para ello, registrando su voluntad en dos documentos firmados, así como aquellos representantes de pacientes inca-

paces que tengan plasmada su voluntad de EU en un documento válido de IP. Puede subclasificarse en dos grandes grupos:

1. Enfermedad grave e incurable (no en su fase terminal, es decir, con un pronóstico de vida inferior a 6 meses), con una expectativa de vida limitada, en un contexto de fragilidad progresiva. Por tanto, se deja la puerta abierta a la aplicación de la EU/SMA a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Los pacientes que más la solicitan son pacientes con cáncer (79%), y con enfermedades neurodegenerativas como ELA y Alzheimer (14%). En el cáncer, los trastornos depresivos que pueden acompañarlo, el dolor y otros síntomas pueden interferir en la capacidad de toma de decisiones. En los enfermos de Alzheimer, su capacidad de decisión se ve limitada desde momentos iniciales hasta en un 40% de los casos.

Las causas más frecuentes de solicitud de EU/SMA son el sentimiento de pérdida de autonomía y dignidad, no el dolor u otros síntomas refractarios. Dichas causas están muy arraigadas en nuestro contexto cultural, que ha cuestionado la dignidad inherente a toda persona.

Por último, se incluirían las enfermedades psiquiátricas de larga evolución. Es tema de debate, pues su clínica puede limitar algunas de las esferas de la capacidad de toma de decisiones, tienen un curso fluctuante, lo que dificulta sentar un pronóstico, y es difícil valorar de forma adecuada su sufrimiento real. Se observa un desplazamiento de solicitudes psiquiátricas de EU, desde los trastornos depresivos hacia otras patologías como el autismo y los trastornos de la conducta alimentaria en personas jóvenes.

2. Discapacidad crónica grave con imposibilidad de valerse por uno mismo, sin posibilidades fundadas de curación, persistente de por vida, y siempre que se acompañara de sufrimiento intolerable. En este supuesto podrían entrar: discapacitados se-

veros como los lesionados medulares, y pacientes con secuelas neurológicas de diferentes cuadros clínicos (Esclerosis Múltiple, Accidentes Cerebrovasculares y otras). Tema debatido por su posible frecuencia, es la inclusión de pacientes muy ancianos con múltiples patologías, escasa autonomía personal e importante cansancio vital, pues se trata de un grupo de especial vulnerabilidad en donde, amén de precisar una rigurosa evaluación de la capacidad, se ve afectada por situaciones de desamparo y soledad, que pueden precipitar la solicitud de EU.

Considerando ahora el debate ético en torno al PL, es preciso delimitar los valores que entran en juego. El valor predominante para la regularización de la EU es el de autonomía / libertad del individuo, que de forma práctica se ha convertido en el principio rector de la ética médica. Frente al valor de la autonomía, estarían en conflicto: el valor de ejercer el mayor bien para el enfermo (Principio de Beneficencia), que difícilmente puede ser respetado privando de la vida a cualquier persona; el valor de no dañar a la persona (Principio de no maleficencia), empleando medios voluntarios contra la vida; y, por último, el valor de la igualdad (Principio de Equidad) al poder existir un sesgo de realización en personas o grupos más vulnerables. Se argumentará que el mayor bien para una persona es una vida considerada digna y que, por tanto, emplear medios para finalizarla no constituirá un daño. En cambio, toda vida humana en sí misma posee la máxima dignidad, siendo sujeto de cuidados.

El proceso de Consentimiento Informado (CI), es la expresión del Principio de Autonomía, no consistiendo en la mera firma de un documento, sino en un diálogo honesto entre el paciente o su representante y el médico responsable, que se realiza de manera principal, aunque no única, en el momento de la solicitud del enfermo para que se le aplique la EU y en el de la redacción del documento de IP, donde constará su voluntad de que le sea practicada la EU cuando no se encuentre en disposición de consentir de hecho.

Los pilares del Consentimiento Informado son:

1. Información: será completa ofertando alternativas terapéuticas a la EU. Se informará al paciente de la posibilidad de recibir cuidados paliativos. En pacientes incluidos en el programa de Atención Paliativa, entre 16-25% presentan síntomas refractarios, 2-5% presentarán síntomas intratables con opción de sedación terminal y solamente 0,3% solicitan EU. En nuestro país, se estima

que solo el 50% de la población tiene acceso a los cuidados paliativos no estando legislada su implementación a nivel estatal. Un plan nacional, ejercería un bien sobre la mayoría de la población. En las Unidades de Cuidados paliativos, se están elaborando protocolos de Planificación Compartida de la Asistencia que van adelantando los cuidados a la evolución del paciente incorporando a la familia a los mismos.

2. Capacidad: se evaluará tanto más en profundidad cuanto más grave sea la situación clínica. Las capacidades a evaluar son: comprensión del tratamiento, apreciación de la situación clínica, razonamiento con la información dada y comunicación clara de la elección. Si pese a todo existen dudas, se solicitará valoración por parte de psiquiatría.
3. Voluntariedad: exige que no existan imposiciones, coacciones o sesgos que influyan en la decisión del paciente.

Sera preciso, pues, como puede entenderse en el contexto de decisiones al final de la vida, que el proceso de consentimiento informado sea implementado de la manera más rigurosa y los médicos formados específicamente para ello.

Los profesionales sanitarios tendrán el derecho individual a la objeción de conciencia, que consistirá en la negación a participar de forma directa en el procedimiento. Los objetores de conciencia deben registrarse en el Colegio de Médicos. El PL especifica que el paciente tiene derecho a que se le realice la prestación en cualquier ámbito.

El proyecto incorpora la creación de una comisión con carácter autonómico, con la misión de evaluar la idoneidad de las solicitudes previas a la realización de la EU, el control de los procedimientos practicados y el adecuado registro de los mismos. En caso de detectar un procedimiento anómalo, podrá ponerse en conocimiento de la fiscalía.

A manera de conclusión, no nos parece el momento más adecuado para legislar sobre la EU dada la escasa implantación de los Cuidados Paliativos, que nos parece el tratamiento más adecuado en la actualidad para la mayoría de los pacientes; echamos en falta un amplio debate nacional que considere todos los aspectos del problema previamente a su legalización.

Como médicos estamos por el cuidado incondicional de la vida y no por acabar con ella de forma intencionada. La vida merece la pena en todas las circunstancias y siempre podemos contribuir a ensancharla dotándola de sentido 