

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO: UNA VISIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL PAÍS VASCO

*“La vida tiene un sentido que vamos definiendo, paso a paso.
A veces, ese sentido se pierde de forma definitiva”.*

Definimos eutanasia como la acción intencionada que provoca la muerte de una persona con una enfermedad incurable asociada a un sufrimiento intolerable, a petición expresa de ésta y en un contexto sanitario. En el suicidio médicamente asistido (SMA), el personal sanitario prescribe los fármacos necesarios para que se los autoadministre.

Se trata de una medida excepcional y estaría justificada cuando una persona capaz y autónoma considera que no tiene una vida digna de ser vivida desde su propio punto de vista. Resulta una decisión irreversible, de gran complejidad a nivel personal, y también familiar y social, rodeada de gran incertidumbre y vinculada siempre a una carga emotiva muy importante.

A lo largo de la historia, la eutanasia se ha ido practicando en distintos momentos y culturas, adquiriendo significados muy diversos. En la actualidad, está regulada en algunos países europeos (Bélgica, Holanda o Luxemburgo), mientras que en Suiza se permite el suicidio asistido. En América se contempla el SMA en algunos estados de EEUU (Oregón, Washington, Vermont, Colorado, Montana, Hawái y California); en Canadá (Quebec) disponen de una ley de cuidados al final de la vida que incluye, sin mencionar explícitamente el término, la definición de eutanasia (no el SMA) y en Colombia se aceptan los mismos supuestos en pacientes en fase terminal que en Canadá. El norte de Australia dispone de la ley más antigua del mundo, de 1994, sin una legislación común para todo el país. En Nueva Zelanda, se aprobó tras referéndum realizado en octubre de 2020 y se prevé su entrada en vigor en noviembre de 2021.

En nuestro entorno, el 17 de diciembre del pasado año se aprobó en el Congreso de los Diputados la *Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*. Tras las modificaciones aceptadas en el Senado, el proyecto de ley se trasladó de nuevo al Congreso de los Diputados, el cual ratificó las enmiendas, aprobando la ley que se publicó en el BOE el 25 de marzo. A partir de esta fecha, transcurrirán 3 meses antes de su entrada en vigor, un plazo de tiempo que esperamos sea revisado, ya que lo consideramos francamente insuficiente para una correcta implementación.

La nueva ley introduciría en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia.

El requerimiento legal de dicho derecho surge de una sociedad civil sensible a los testimonios de personas, o de sus familiares, que nos han emocionado, durante décadas, con la narración de unos sufrimientos definidos como insostenibles, describiendo las dificultades de vivir dignamente en un contexto de gran vulnerabilidad, como es el de padecer una enfermedad muy invalidante.

Estas personas nos han invitado a reflexionar sobre conceptos como *vida o muerte dignas*, que, por otra parte, adquieren distintos significados para cada persona, en función de sus valores y creencias. Sus relatos han instado a que socialmente sea aceptable un planteamiento de despenalización y regulación legislativa de la muerte médicamente asistida, ligado a la importancia que hoy socialmente damos a la libertad, la autonomía o el derecho a decidir sobre nuestra salud y nuestra vida y a poder planificar la etapa que comprende nuestros últimos días, así como a los deberes derivados del principio de justicia que obligan a corregir las desigualdades y favorecer a quien está en situación de vulnerabilidad. Esto resulta un cambio muy importante para una sociedad que, hasta ahora, se ha caracterizado culturalmente por vivir de espaldas a la muerte.

Precisamente, la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia hace mención expresa a la situación vital que vulnera la dignidad, intimidad o integridad de la persona, definiendo su aplicación en personas con *“padecimientos graves, crónicos o imposibilitantes, o de una enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables”* y recomienda que la decisión esté *“protegida”* de

presiones externas “*que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, e incluso de decisiones apresuradas*”.

Pero no determina cómo hacerlo, y mucho menos, considera su evaluación. Por otra parte, precisaría acompañarse de mecanismos garantes de las pertinentes políticas sociales y del manejo del malestar emocional o psicológico de paciente y familia.

Según lo recogido en dicha proposición de ley, una persona, mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud, podría expresar el deseo de eutanasia a su médico/a responsable, que lo registraría en la historia clínica. Consideramos necesario señalar el compromiso del profesional de medicina de familia y su importancia como referente para deliberar con el paciente, sobre una decisión de esta magnitud, pues se trata del personal sanitario que mejor puede conocer sus valores. Una vez tomada la determinación, el/la médico/a responsable solicitaría aprobación al profesional consultor (que no pertenece al equipo profesional responsable) y que trasladaría la petición a la Comisión de garantías y evaluación competente de cada Comunidad Autónoma.

En caso de personas con una pérdida irreversible de la capacidad para la toma de decisiones, que no podrían solicitar la ayuda para morir debido a su deterioro cognitivo, se deberá consultar su Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), si lo tuviera, con el fin de valorar si refleja tal elección.

Al respecto, resulta necesario señalar la importancia de la *planificación de cuidados* ante pacientes con una enfermedad en la que se prevé un final próximo y complejo o la posibilidad de que, avanzado el proceso, le fuera imposible tomar decisiones autónomas. Es en el proceso de ayuda en la toma de decisiones, donde adquiere importancia el papel de los profesionales sanitarios cercanos, promoviendo, a través de un espacio asistencial deliberativo, la participación del paciente (y sus familiares o allegados, si así lo deseara) en dicha planificación anticipada de cuidados, que, entre otras cuestiones, debiera incluir la ayuda para la realización de un DVA, o la actualización del mismo, en caso de que no fuera reciente su realización y/o registro.

Desde el punto de vista del equipo de Atención Primaria (AP), atender a una demanda de eutanasia, o SMA, formaría parte del compromiso de acompañar a las personas a lo largo de su vida, y, concretamente, en el final de la misma, pudiendo ser favorecida por esa cualidad, tan propia de nuestro nivel asistencial, denominada longitudinalidad.

Al término de la vida, nuestra responsabilidad ética, como profesionales sanitarios, se sitúa en el espacio de prevenir y aliviar, al máximo, el sufrimiento de las personas y promover todos los medios posibles para mitigarlo. Es siempre un deber respetar los valores y creencias de personas, libres y autónomas, decididas a optar, en un momento dado, por el desenlace de su propio proyecto de vida, quizá muy diferente al considerado por otra persona, o por quienes le atendemos.

Las habilidades de comunicación, incluyendo la empatía y la compasión, desempeñarían un papel fundamental en esta etapa. La escucha de la narración de la historia (o biografía) de la persona sufriente podría resultar indispensable en la elaboración del proceso de despedida. Pero también permitiría conocer el significado de vida buena para esa persona, una vida que le merezca la pena ser vivida, y, a partir de su propia concepción, apoyarla en la toma de decisiones.

Somos conscientes de que un tema tan delicado requiere una regulación exquisita, bien definida, para poder aportar un correcto acompañamiento a una persona que decide el momento de su final, y eludir la llamada pendiente resbaladiza. En este sentido, la citada norma presenta algunas salvaguardas que sortean un uso indebido: el registro del deseo en un Documento de Voluntades Anticipadas, la ratificación de la decisión, la revisión de petición por varios/as profesionales, incluido un comité evaluador. Pero también somos conscientes de las dificultades que entraña para los profesionales sanitarios su puesta en práctica, sobre todo, al inicio, precisando de conocimientos técnicos, éticos, de una buena comunicación externa (con las personas atendidas, sus familias y entorno social) pero también interna (en el seno del equipo de atención).

De entrada, ya diversos problemas se vislumbran en el horizonte, como la dificultad de aceptación de la solicitud de eutanasia por personas con trastornos exclusivamente psiquiátricos, con demencia o con discapacidad.

Otros problemas serían: ¿cómo modificar el código deontológico para incluirla como práctica excepcional?, ¿cómo regular una objeción de conciencia que acoja las distintas posibilidades: objeción de conciencia a la ley, parcial o sobrevenida, y cómo encauzar la petición solicitada en tales casos?, ¿cómo articular el apoyo del Comité de Ética de AP en el asesoramiento sobre posibles conflictos o problemas éticos que pudieran surgir?, etc.

La aplicación de la Ley de la Eutanasia supondría un importante reto para la AP, el nivel asistencial más próximo a las personas. Los potenciales obstáculos en su desarrollo podrían aligerarse si se incluyeran en el contexto de una AP de calidad, bien dotada de recursos y coordinada con otros servicios sanitarios y sociales, y que, no olvidemos, expresa, desde hace tiempo, francas dificultades por la falta de reconocimiento de su labor y ausencia de un adecuado plan estratégico, todo ello acentuado por la actual situación de pandemia.

Pero, además, dichos requisitos de longitudinalidad, integralidad, coordinación y compromiso ético, característicos de la AP, resultan imprescindibles para una concepción (y desarrollo) de la eutanasia favorable y respetuosa con la persona enferma, que precisarían ser comprendidas y aprendidas por todos los profesionales de medicina desde su periodo formativo en la Universidad. La incorporación plena de la AP/Medicina de Familia en el currículum universitario representa, en este sentido, una demanda imprescindible, pero lamentablemente desatendida, lo cual nos aleja de los países de nuestro entorno y nos obliga, por tanto, a reivindicarla, una vez más, como requisito necesario para conseguir una AP de calidad en una Osakidetza al servicio de la ciudadanía.

Este documento surge de la colaboración entre miembros del Comité de Ética Asistencial de AP de Bizkaia (CEAAPB) y Osatzen.

Agradecemos la contribución de miembros de la 1ª promoción de Especialistas en Ética sociosanitaria de la UPV

Marzo 2021