

Imprimir

Tras una larga espera, el pasado año se publicó la Ley Orgánica de la Regulación de la Eutanasia*, aunque hay aspectos que deberían haberse aclarado en su redacción para evitar las tensiones surgidas con posterioridad.

¿Por qué tanta prisa?

El apremio con que se quiso poner en vigor provocó los primeros enfrentamientos.

En efecto, el contenido del texto legal no había sido consensuado con organizaciones cuyas aportaciones no estaban redactadas de forma clara. Se trataba no solo de grupos opuestos a su implantación, sino también de aquellos que la defendían, pero que querían que se incluyesen cambios al texto legal.

En ese sentido, hay países que demostraron mayor prudencia, pues escucharon a todo el mundo antes de aplicar sus respectivas leyes. De hecho, establecieron el plazo de un año desde su publicación hasta su puesta en vigor. Si así se hubiese llevado a cabo en el caso español, muchos de los aspectos que ahora enfrentan se habrían podido resolver con calma y de forma consensuada.

En el Preámbulo, se valoraban los aspectos que han justificado la aparición de la Ley y los objetivos que se pretendían, pero uno de los problemas iniciales surgió a raíz de la constitución de los Comités de Garantía y en la elaboración del Procedimiento General. A pesar de que el Procedimiento estaba muy bien detallado y se especificaban los plazos para cada actuación de forma concreta, no se tuvo en cuenta que estas actuaciones llevarían un tiempo y que, dada la presión asistencial, habría dificultades para llevarlas a cabo.

Objeción de conciencia

Es un derecho garantizado por la Constitución Española, pero no quedaba claro hasta cuándo se podría ejercer ese derecho.

Según algunos juristas, se podía objetar una vez iniciado el proceso. La Ley habla de “(...) la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia (...)”, con la posibilidad de que, aun no estando uno en ese registro, podía objetar. Tanto al principio, en el momento de afrontar un caso concreto, como en algún momento a lo largo del procedimiento, lo cual no garantizaba la continuidad del proceso. Incluso podía darse el caso de que un profesional fuese partidario de la eutanasia y estuviese de acuerdo en cuanto a su aplicación, pero no actuase en el momento decisivo.

La mejor garantía sería, pues, tener un registro de los que sí que están dispuestos a llegar hasta el final.

Formación

Aparecía un contrasentido.

Por un lado, la Ley entró en vigor al mes de su publicación. Por el otro, decía: “(...) la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, abordará, en el plazo de un año (...)”.

Resulta, pues, incongruente la premura de su entrada en vigor con el plazo de un año para formarse, que sí que es adecuado.

Dolor y Psique

Cuando predominan en un caso concreto el dolor y el sufrimiento, pero la conciencia y el intelecto permanecen intactos, no hay, en principio, dificultades para incoar el proceso, de acuerdo con los requisitos que exige la Ley.

Sin embargo, no es lo mismo hablar de “dolor físico” que “psíquico”, de manera que quedaban en una nebulosa aquellos casos de índole psiquiátrica y de deterioro cognitivo.

Enfermedades psíquicas

Cabría, en primer lugar, contemplar la posibilidad de que una enfermedad psiquiátrica pudiese ser causa primaria de aplicación de la ESAM (*Eutanasia/Suicidio Asistido por Médicos*).

Se trata de un tema controvertido, ya que no todos los países lo permiten, aunque sí los países de nuestro entorno. Por tanto, podríamos dar por sentado que aquí también, pues no hay nada en contra en el texto de la Ley.

Desde una apreciación general, también surgieron problemas a partir del siguiente texto: “(...) sólo desde la libertad se podrán tomar decisiones que auténticamente correspondan al pensamiento y modo de vida de la persona. Los trastornos que influyan en la misma ocasionarán, en mayor o menor medida, una decisión tomada desde la patología, en la que esta carece de un elemento fundamental de la libertad”. Está claro que es imprescindible que la persona que toma esta decisión (ESAM) lo haga desde una postura en que no existan causas externas o internas que la mediaticen. Por tanto, cabría valorar dichas condiciones para que la decisión la hiciese la persona con completa responsabilidad.

Por otro lado, habría que enumerar aquellos síntomas psíquicos que padece el enfermo físico —considerados como un trastorno psiquiátrico concurrente o secundarios a la enfermedad—, por lo que su valoración era imprescindible para entender y comprender el deseo del enfermo, ya que, si este aspecto es el que mediatiza la decisión, podría ser tratado cambiando la valoración del propio enfermo.

Asimismo, habría que distinguir dentro de las enfermedades psiquiátricas, porque no todas presentan las mismas características.

Por un lado, están las enfermedades mentales graves (esquizofrenia, trastornos bipolares, depresiones graves, trastornos de personalidad...). Dichas enfermedades no tienen por qué evolucionar de forma continua, ya que pueden existir periodos asintomáticos. La dificultad radica en si la decisión se toma en una situación productiva, pues podría estar mediatizada por condicionantes internos (“funciones psíquicas esenciales comprometidas (...), siendo

necesaria esta integridad para asumir que una decisión está libremente tomada y se ajusta a la verdadera voluntad de la persona (...)” y condicionantes externos, como pueden ser los factores socioeconómicos. Ya sea la falta de vivienda adecuada, el desempleo, la pobreza y el aislamiento social, que en muchas ocasiones determinan la propia enfermedad.

Por otro lado, sería necesario considerar si el enfermo tomaba la decisión en un momento en que se encontraba asintomático y, tras valorar todas las circunstancias anteriores, decidía no volver a pasar por las mismas situaciones. Entraría entonces en el ámbito del Testamento Vital y/o Voluntades Anticipadas.

Lo que está claro es que algunos trastornos mentales originan enormes sufrimientos, lo que viene refrendado por el elevado número de suicidios que se da entre estos enfermos.

El factor “incurable” en estas enfermedades depende, en muchas ocasiones, de los tratamientos y las posibilidades de rehabilitación que el enfermo haya tenido. No obstante, no se puede obviar que, aun no debiendo generalizar, existe un subgrupo que presenta una gran resistencia a los tratamientos y cursa de forma crónica

Queda el colectivo humano cuya existencia les reporta un enorme sufrimiento —sin entrar aquí en los motivos— y con un seguimiento largo que refleja que su situación no es resultado de conflictos concretos con continuidad en la ideación suicida.

Enfermedades neurológicas

La SEN (Sociedad Española de Neurología), en su posicionamiento sobre la Ley, contemplaba, por un lado, la ELA y otras enfermedades neurológicas y, por el otro, la demencia.

Cuando el enfermo presenta una enfermedad física que comporta un gran sufrimiento, de acuerdo con la Ley, podrán coincidir circunstancias que puedan matizar su decisión, pero persiste una situación cognitiva que avala su decisión.

En cuanto a las demencias, nos encontramos con problemas difíciles de abordar con un

mínimo de seguridad. Según la SEN, en los registros de algunos países, la evaluación de la capacidad en la toma de decisiones era uno de los principales problemas.

En el curso de la demencia, cuya capacidad variará según la fase en que nos encontremos, surge la pregunta de cómo y cuándo se hace esta valoración. Por lo que respecta al sufrimiento, está claro que el deterioro cognitivo no provoca dolor físico, aunque sí un enorme sufrimiento, si bien no en todo el proceso. Cuando el enfermo es consciente de su situación, el sufrimiento vendrá determinado por las expectativas de futuro que comporta y, posteriormente, por la situación de dependencia que determinará la enfermedad. En esta situación, se pueden valorar dos aspectos: tanto la calidad de vida que se espera, como la dignidad de la persona, aunque haya quien ha intentado demostrar que no son elementos objetivos.

Todo lo anterior se complica o se aclara cuando existe un Testamento Vital o Voluntades Anticipadas, ya que el enfermo no ejerce su derecho a la ESAM, ¿cuándo se puede proceder?

Síntesis

Los puntos anotados hasta aquí han quedado “en el limbo” del texto de la Ley, lo cual ha creado muchas dificultades de interpretación. También que apareciesen soluciones distintas, en función de las comisiones que han intervenido.

Veamos, mediante un ejemplo, la evidencia de las dificultades con que nos hemos encontrado. Una persona indica en su Testamento Vital que quiere que se le aplique la eutanasia en el supuesto de que enferme de demencia. La persona está ingresada en una residencia de la tercera edad. ¿Quién va a determinar cuándo ha llegado el momento en que se tenga que hacer caso de la voluntad expresada por el enfermo? De entrada, el primer problema con el que nos encontramos es que hay dos modelos básicos de residencias de la tercera edad: públicas y privadas. Las segundas, gestionadas por órdenes religiosas o capital privado... No hace falta extenderse más: es fácil intuir los problemas que pueden surgir al margen de la voluntad del enfermo y los intereses crematísticos de quienes querrían

mantener vivos a sus “clientes”, aun a costa de no aceptar la voluntad de dichos “clientes”.

Así pues, se plantea la necesidad de que, tanto en los Comités de Garantía como a lo largo del proceso de la petición, sea necesaria la presencia de un psiquiatra y un neurólogo.

No solo hay que formar al personal facultativo en la mecánica y bases teóricas del proceso, sino también llegar a consensos de actuación en los casos descritos**.

*Ley Orgánica 3/2021, de 24 de Marzo, de Regulación de la Eutanasia.

**En el artículo, se han tenido en cuenta el posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría y el de la Sociedad Española de Neurología sobre la “Proposición de Ley Orgánica sobre la Regulación de la Eutanasia”.

Pepa Úbeda