

PROPOSICIÓN DE LEY DE EUTANASIA CONSIDERACIONES LEGALES:

10 críticas y carencias para una enmienda a la totalidad

La eutanasia no va a constituir un avance en derechos al suponer un encubrimiento de negación de ayudas sociosanitarias eficaces, impide la actuación correcta de los profesionales ante peticiones de muerte, genera impunidad de los médicos que realizan eutanasias y pone en riesgo a todos los pacientes ingresados.

A continuación se desarrollan los principales efectos prácticos del texto legal para su reflexión y retirada:

1. **“Definición de enfermedad grave e incurable: .. que lleva asociado sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable ../. en un contexto de fragilidad progresiva” (art. 3.c).“Se busca legislar para ..poner fin a la vida de quien está en situación de padecimiento grave, crónico..” (preámbulo)**

La Ley no está diseñada para casos excepcionales. Ofrecer eutanasia en ese contexto de fragilidad progresiva y sufrimiento crónico de enfermedad grave e incurable supone unpoderoso efecto-llamada a las personas más vulnerables de la sociedad.

Éstas deben estar especialmente protegidas a través de planes socio-sanitarios. Empujarles a la eutanasia constituye un vergonzoso acto de abandono social que encubre negación de una mejor asistencia sociosanitaria.

2. **“Prestación de ayuda para morir” en dos modalidades. (art 3.g)**

En todo el texto legal son evitadas las palabras “eutanasia” y “suicidio asistido”, a pesar de que de ello se está legislando. Parece que el legislador teme llamar a las cosas por su nombre. Si considerara que son buenos “derechos” no tendría inconveniente en llamarlos por su nombre, pero no es así.

3. **“Tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos”. (Disp adicional primera)**

3.1 Es una muerte tras un acto eutanásico, no es una muerte natural. El legislador empuja a falsedad de documentos oficiales al declarar una muerte provocada como muerte natural. Además de ser falsedad documental, impide el adecuado registro de la causa de la muerte y su cuantificación. Cabe preguntar, ¿no interesan esas personas?

3.2 La consideración de “muerte natural a todos los efectos” resulta muy preocupante pues puede promover, lo que es muy grave, abusos con eutanasias no solicitadas: pensemos en residencias o ingresos hospitalarios, se le podrá decir a la familia que “murió de muerte natural”, no es garantista.

4. “Haber formulado dos solicitudes, dejando una separación de al menos 15 días naturales entre ellas” (art 5.1c)

Quince días es un plazo de tiempo muy breve, teniendo en cuenta cuáles serán los resultados de la decisión. Supone una privación de asistencia y mala praxis, pues: no permite el despliegue de recursos asistenciales, impide una atención integral del sufrimiento psico-físico y niega la necesaria atención por Salud Mental en peticiones de suicidio.

En este sentido la Sociedad Española de Psiquiatría recuerda: *“Detrás del 90% de los casos en que se nos plantea un deseo de morir, existe un trastorno de salud mental que es temporal y tratable. En Holanda hemos visto casos de personas con depresiones tratables a los que se les ha aceptado un suicidio asistido”*.

La atención por Salud Mental se considera una práctica asistencial esencial en personas con ideas suicidas. Negar dicha prestación es una falta asistencial muy grave y no es acorde a los protocolos de Prevención del Suicidio.

5. “La valoración de la incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable..”(art. 5.2)

*** Se considera que no es garantista dejar en manos de un único profesional la valoración de la “incapacidad de hecho”, por la indefensión que supone para las personas más vulnerables que son atendidas.

5.1 Asimismo, la ley carece de una “Certificación Notarial del consentimiento” que sí sería garantista y permitiría certificar que la persona tiene capacidad de consentir. Este ausente requisito permitiría evitar irregularidades tales como muertes inducidas en la población más vulnerable (ancianos, demencias, personas ingresadas..) ya que se han constatado en países con eutanasia legal, por las propias Comisiones de Control y publicado en publicaciones científicas, eutanasias no solicitadas, uno de los efectos más nocivos y temibles que ocurren cuando se legaliza la eutanasia.

5.2 Los propios médicos reconocen que realizan eutanasias no solicitadas en los países donde se legaliza la eutanasia (K Chamberaere. CMAJ, 2010) deteriorándose la confianza en el médico/a.

6. “... El médico o médica responsable en el plazo máximo de 2 días realizará con el solicitante un **proceso deliberativo** sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre cuidados paliativos..” (art. 8.1)
-

El tiempo de 2 días es muy breve para ofrecer un plan personalizado que ofrezca una respuesta terapéutica eficaz y satisfactoria al sufrimiento ya que se podría precisar una consulta urgente a paliativos, a la trabajadora social o a especialistas sobre posibilidades terapéuticas o ayudas sociales. Por ello, *si pretende ser garantista, el médico responsable debe disponer de una vía urgente de comunicación con los profesionales que se precisen.*

Asímismo, el proceso deliberativo debe poder incluir al equipo sanitario que le atiende, incluyendo al personal de enfermería.

7. “Transcurridas 24 horas tras la finalización del proceso deliberativo, el médico o médica responsable recabará del ola paciente solicitante su decisión de continuar..” (art. 8.2)
-

7.1 Es necesario ampliar el plazo de 24 horas para tomar la decisión si se quiere ser garantista. *Incluso puede resultar coaccionador que el médico/a irrumpa en la intimidad del paciente para recabar su decisión, en pleno proceso de reflexión tras el proceso deliberativo con el médico 24 horas antes..*

Asímismo, no es garantista pues *no tiene en cuenta estas posibilidades:*

7.2 La posibilidad de que la solicitud del paciente sea una demanda de atención, que precise ser satisfecha con un plan de atención integral personalizado. (*Ej: desempleo prolongado, falta de vivienda, aislamiento, pobreza, dificultad para acceder a servicios, dificultades interpersonales, estructura familiar inestable, violencia familiar..*)

7.3 Ideas de muerte en el contexto de una enfermedad mental. La presencia de un trastorno psiquiátrico es, por sí mismo, motivo de sufrimiento insoportable, lo que lleva a la solicitud de la eutanasia (*depresión, que presenta tasas de suicidio 44 veces superiores a las personas sin depresión; trastorno bipolar; trastorno de la personalidad; abuso de sustancias; esquizofrenia; trastornos de la conducta alimentaria*). *En estos casos, el médico o médica responsable debe actuar según lexartis, pues conoce que aplicando el tratamiento oportuno durante un tiempo, a veces prolongado, y con el apoyo de los equipos de Salud Mental, los pacientes consiguen superar su sentimiento inicial.*

7.4 Es por ello, que la *Sociedad Española de Psiquiatría ha manifestado que la evaluación psiquiátrica debe ser obligatoria cuando el estado de ánimo, la cognición, la capacidad, el consentimiento, la voluntariedad, la comprensión o el juicio estén en cuestión, con independencia de la enfermedad primaria que motiva la solicitud.*

7.5 El deseo de morir forma parte de la sintomatología habitual de varios trastornos mentales y, en muchas, es un criterio diagnóstico.

7.6 La capacidad de decisión puede estar afectada en una persona con trastorno mental de forma transitoria e incluso a largo plazo.

7.7 Las ideas de muerte deben conllevar siempre una valoración psiquiátrica. Existen tratamientos que pueden ser eficaces y no hay ningún criterio de incurabilidad.

- 8 “Se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo(de la Comisión de Evaluación y Control) **en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico responsable” (art.8.4).**
-

****>>Preocupante atajo que otorga un poder ilimitado a un solo médico/a sin control por una Comisión de control:* basta que el médico considere que está en situación inminente de muerte o ante pérdida de capacidad, para que no se precise el control de la comisión y se lleve a cabo la eutanasia.

Las irregularidades están servidas.

En el caso de muerte inminente, precisamente para aliviar los síntomas refractarios, si éstos existen, estaría indicada la sedación paliativa sin ninguna necesidad de aplicar la eutanasia, siendo un acto de buena práctica médica. Por tanto, *la ley induce a mala praxis al final de la vida.*

- 9 “Tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará(se refiere a casos de suicidio asistido) **mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento” (art. 11.3).**
-

En los países en que está regulado el suicidio asistido (Oregón) se ha observado que en un 35% de los casos finalmente no se toman el fármaco letal(OregondeathwithdignityAct 2018Data Summary. PublicHealthDivision, Center forHealthStatistics, 2018).

Mantener esa estrecha vigilancia presencial hasta su fallecimiento podría considerarse una forma de coacción para llevar a cabo ineludiblemente la muerte.

- 10 “Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia.. **que tendrá por objeto facilitar la necesaria información sanitaria para que ésta pueda realizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.. “(art. 16.2).**
-

Es altamente controvertido obligar a los profesionales sanitarios a pronunciarse sobre sus convicciones y figurar en registros no encriptados de las administraciones sanitarias, que pueden tener un carácter intimidatorio, al desconocerse el uso de los mismos por gestores sanitarios, tratándose de una profesión que se caracteriza por la precariedad laboral.

Además, los registros en manos de gestores son innecesarios, tal como lo demuestra la objeción de conciencia desarrollada en la ley del aborto, en la que ésta se comunica al jefe inmediato del servicio de su Centro de trabajo.Obligar a registrarse es coaccionador y genera grave indefensión en los profesionales.