

Aclaraciones destinadas a la profesión médica (2015)

Los informes bienales de la Comisión mencionan las dificultades que a veces encuentran los médicos en la interpretación de algunos términos de la ley.

La Comisión ha determinado que sus deliberaciones y los debates que se han desarrollado en su seno sobre estos puntos podrían ser de utilidad para solucionar dichas dificultades. Este documento responde a esta intención.

1

1. Obligación de declarar la eutanasia. Pacientes menores y mayores de edad.

El médico que practica una eutanasia debe, en los cuatro días laborables siguientes, informar a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (CFCEE) por envío certificado con acuse de recibo.

La declaración se realizará mediante un documento de registro pre-impreso. Se utilizará un documento diferente según que el paciente sea menor o mayor de edad (colgados en la web de la Comisión www.commissioneuthanasie.be, “formularios”).

Para los pacientes menores de edad, se han de seguir ciertas reglas particulares. Por ejemplo, se excluye la posibilidad de realizar una eutanasia como consecuencia de una declaración de voluntades anticipadas, así como la motivación de sufrimiento psicológico. El paciente menor de edad debe además tener capacidad de discernimiento y su representante legal o sus representantes legales debe(n) indicar su acuerdo con la solicitud de eutanasia.

2. Eutanasia practicada a continuación de una demanda actual del paciente y eutanasia practicada como consecuencia de una declaración de voluntades anticipadas.

La solicitud actual de eutanasia es de lejos el caso más frecuente. Es una petición formulada por un paciente capaz y consciente que se encuentra en una situación médica que reúne todas las condiciones previstas por la ley para la práctica de la eutanasia. El paciente tiene que confirmar su solicitud por escrito, firmarla y fecharla en persona; en caso de incapacidad física (parálisis por ejemplo), una tercera persona designada por el paciente, sin interés material en el fallecimiento y en presencia del médico, puede transcribirla y

firmarla. Se deben de especificar las razones por las cuales el paciente no la puede escribir materialmente.

Ejemplo de solicitud actual: *El/la abajo firmante, residente en, solicita la eutanasia.*

En....., a.....

La solicitud permanece válida durante todo el tiempo necesario a la realización de la eutanasia, incluso si el paciente se queda inconsciente durante este período.

Los puntos 1 a 12 de la parte II del formulario de declaración se refieren a este tipo de eutanasia.

La eutanasia practicada como consecuencia de una declaración de voluntades anticipadas es una posibilidad que se aplica a un paciente inconsciente de forma irreversible, y que ha redactado en los 5 años anteriores al principio de la imposibilidad de manifestar su voluntad una declaración según el modelo previsto en la ley (dos testigos obligatorios, designación optativa de una persona de confianza, etc.), en la cual solicita que se le practique la eutanasia en caso de que, al padecer una afección incurable grave en un momento ulterior de su vida, no se encuentre en condiciones para solicitarla. El análisis de las declaraciones de eutanasia pone en evidencia que se trata mayoritariamente de casos de coma irreversible.

Sólo se puede tomar en consideración una declaración de este tipo si el paciente se encuentra en coma irreversible (ejemplo disponible en la web).

En estos casos, se tienen que cumplimentar los puntos 1 a 3 y 13 a 19 de la parte II del documento de declaración.

3. Interpretación de los términos “fallecimiento previsible en un plazo breve”

(Punto 7 de la parte II del formulario de declaración)

La Comisión ha considerado que el plazo hasta el fallecimiento tiene que ser considerado como “no breve” si no se espera que se produzca en varios meses. En la práctica, esto significa que sólo las afecciones no evolutivas o con una evolución lenta se tienen que considerar como merecedoras del procedimiento reforzado (dos consultantes, uno de los cuales debe ser psiquiatra, o un especialista de la afección y un mes de espera después de la fecha de la solicitud).

Cuando se espera el fallecimiento en plazo de días, semanas o pocos meses, se le puede considerar como previsible en breve plazo. Durante los debates en la Comisión sobre la estimación por el médico de la previsibilidad del fallecimiento, se constató que excepto en algunos casos claros, el médico responsable del paciente es el único capacitado para

estimar si el fallecimiento es más o menos cercano.

4. Interpretación de la noción de “sufrimiento (...) insoportable sin alivio posible”.

La Comisión ha considerado que aunque existan algunos factores objetivos que permiten contribuir a valorar el carácter insoportable del sufrimiento, éste es en gran medida de orden subjetivo y depende de la personalidad del paciente, de sus concepciones y de los valores que le son propios.

En cuanto a la imposibilidad de alivio del sufrimiento, hay que tomar en cuenta el hecho de que el paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento del dolor o incluso un tratamiento paliativo, por ejemplo en el caso de que presente efectos secundarios o modalidades de aplicación que juzga insoportables.

5. La misión del/de los médicos consultado(s)

El/los médico(s) que el médico responsable del paciente debe obligatoriamente consultar antes de proceder a una eutanasia tienen una misión claramente definida por la ley. No tienen que emitir ningún juicio sobre su posición de principios sobre la eutanasia.

En lo referente al médico consultado obligatoriamente en todos los casos, su misión consiste en asegurarse de que:

- a) La afección es incurable y grave
- b) Y que el sufrimiento (físico o psíquico) es constante, insoportable e imposible de aliviar.

Estudia el historial médico, examina al paciente y redacta un informe con sus observaciones.

El punto 9.1 del documento de declaración de la eutanasia se refiere a la opinión formulada por el médico consultado sobre los puntos a) y b) de su informe.

El resumen de esta opinión debe reproducirse en la parte II del formulario.

En cuanto al segundo médico consultado, en los casos en que el fallecimiento no se prevé a corto plazo, su misión es asegurarse de que:

- a) El sufrimiento (físico o psíquico) es constante, insoportable e imposible de aliviar
- b) Y que la solicitud es voluntaria, razonada y reiterada.

Estudia el historial médico, examina al paciente y redacta un informe con sus

observaciones.

El punto 9.2 del documento de declaración de la eutanasia se refiere a la opinión formulada por el médico consultado sobre los puntos a) y b) de su informe.

El resumen de esta opinión debe reproducirse en la parte II del formulario.

Notas:

- *En el caso de una eutanasia practicada como consecuencia de una declaración de voluntades anticipadas, la misión del médico consultado consiste fundamentalmente en asegurarse de la irreversibilidad de la situación;*
- *Si se trata de un menor de edad, un psiquiatra (o un psicólogo) debe certificar la capacidad de discernimiento del menor;*
- *El médico responsable del paciente puede acudir al consorcio LEIF-EOL que reúne a médicos independientes con experiencia y formación específica a la eutanasia. La remuneración de esta consulta obligatoria está sufragada por la INAMI (Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad-Invalidez) a través del consorcio.*

4

6. La noción de “independencia” del médico consultado para con el paciente y el médico responsable.

La Comisión ha estimado que esta noción implica que el médico consultado no puede tener ni relación jerárquica de subordinación, ni relación familiar con el paciente o con el médico responsable del paciente y que no debe haber mantenido anteriormente ninguna relación terapéutica continuada con el paciente.

7. La noción de “competencia en la patología concernida” del médico obligatoriamente consultado en todos los casos.

La Comisión ha debatido sobre esta noción de competencia, porque algunos de sus miembros han emitido reservas en cuanto a la competencia de un médico generalista o de algunos especialistas para esta misión. La Comisión considera que un médico generalista tiene la competencia necesaria para cumplir con la misión tal como la define la ley (ver punto 5).

En cuanto a los especialistas eventualmente consultados, la Comisión evalúa esta competencia caso por caso. Ha evaluado en cada caso la competencia necesaria del médico para asegurar, a partir del historial médico y del examen del paciente, que la afección era incurable y que el sufrimiento era constante, insoportable e imposible de aliviar. En todos

los casos, es obvio que la decisión de consultar con un médico especialista se tiene que tomar de manera responsable y en conformidad con una correcta praxis médica.

La Comisión considera que en presencia de sufrimientos insoportables causados por una pluripatología, un médico generalista está en posesión de la competencia necesaria para intervenir tanto como primero como segundo médico obligatoriamente consultado.

En los casos en que existirían dificultades en la apreciación del carácter incurable de la afección, del carácter insoportable e imposible de aliviar del sufrimiento o del carácter voluntario y razonado de la solicitud de eutanasia, la Comisión recuerda que puede ser útil recurrir a varias opiniones especializadas.

8. Eutanasia y suicidio médicamente asistido

Varios documentos de declaración indicaban que la técnica utilizada para la eutanasia no consistía en la inyección intravenosa de Tiopental o similares, sino en la administración de una dosis letal de un barbitúrico en solución oral que el enfermo ingirió por sí mismo. En la mayoría de los casos, el fallecimiento se produjo rápidamente sin intervención adicional; en algunos casos se inyectó un paralizante neuromuscular después de la pérdida de conciencia. Esta manera de proceder se puede calificar de “suicidio médicamente asistido”.

La Comisión considera que la ley autoriza esta manera de proceder siempre y cuando se hayan respetado las condiciones y los procedimientos legales para autorizar la eutanasia y que el acto se haya desarrollado bajo la responsabilidad constante de un médico, presente de manera ininterrumpida y preparado para intervenir hasta la terminación del proceso. La ley no impone ninguna manera específica para practicar la eutanasia.

Esta interpretación es conforme a la que expresó el Consejo Nacional de la Orden de Médicos en su dictamen del 22 de marzo de 2003.

9. Eutanasia y suspensión de tratamiento

La Comisión ha tenido que pronunciarse sobre una declaración de eutanasia en un caso en el cual la suspensión de un tratamiento vital practicada a petición del paciente con enfermedad incurable había provocado su fallecimiento en el espacio de pocos días, sin que interfiriera la inyección de drogas letales.

La Comisión estimó que este acto no correspondía a una eutanasia y no tenía por qué dar lugar a ninguna declaración, dado que el fallecimiento había resultado únicamente de la suspensión del tratamiento y que sólo se habían establecido cuidados de confort, que excluyen la utilización de drogas letales, entre el momento de la suspensión del tratamiento y el fallecimiento. El rechazo de tratamiento está legalmente autorizado por la ley del 22 de agosto de 2002 relativa a los derechos del paciente.

10. Eutanasia y administración de analgésicos y sedativos en dosis altas

La Comisión ha notado que los formularios de declaración mencionaban muy raras veces que la eutanasia se había practicado con administración de morfina, unida a otras drogas.

Dado que la administración de morfina en altas dosis es frecuente en los últimos momentos de la vida para aliviar los sufrimientos, la Comisión ha atribuido esta ausencia de declaración al hecho de que los médicos han considerado, con razón, que esta manera de actuar constituía un tratamiento normal del sufrimiento y no una eutanasia, aunque contribuya a acelerar el fallecimiento.

La Comisión subraya sin embargo que, si la administración de dosis elevadas de compuestos de morfina unidos a otras drogas y a sedantes no se justifica por la necesidad de aliviar los sufrimientos sino que responde a la petición formulada por el paciente de acabar con su vida, y si el médico constata que sin lugar a dudas ha provocado el fallecimiento de éste último, en este caso, sí se trata de una eutanasia en el sentido legal del término: está supeditada entonces a las condiciones y a los procedimientos definidos en la ley, incluido la obligación de declararla.

Aunque esta técnica no parece, según los datos de la literatura médica, adecuada para provocar una muerte tranquila, rápida y sin sufrimientos, la Comisión recuerda que la ley no impone ninguna técnica médica en particular para la práctica de la eutanasia y que no está cualificada para emitir una opinión al respecto.

11. Imprecisiones y errores recurrentes

El tratamiento estadístico de los documentos de declaración de eutanasia muestra que la calidad de los informes es correcta. Sin embargo, en algunos casos, ha sido necesario consultar la parte I de la declaración, ya sea para solicitar más información al médico responsable, o para señalar alguna imprecisión.

Los olvidos o las imprecisiones más frecuentes son:

- ✓ No indicación de la fecha de solicitud de eutanasia (punto 8 del formulario)
- ✓ No indicación de la conclusión del primer médico consultado (punto 9.1 del formulario). Algunos médicos adjuntan la integralidad del informe de su colega consultado. Se desaconseja este procedimiento ya que rompe la consigna de anonimato.
- ✓ No respeto del anonimato (mención de un nombre, presencia de sello en la parte II del

formulario).

- ✓ No indicación de la calificación del primer médico consultado (punto 9.1 del formulario) y, a veces, del segundo médico consultado (punto 9.2 del formulario).
- ✓ Indicación incompleta del procedimiento seguido por el médico (punto 8 del formulario).
- ✓ No indicación de los medios con los cuales se ha realizado la eutanasia o de la técnica utilizada (punto 11 del formulario).
- ✓ Falta de precisión del diagnóstico (punto 3 del formulario).