

PARA QUE LA *eutanasia* funcione



Montserrat Massana decidió que había llegado el momento de morir. Lo había hablado mucho con su familia, que la apoyaba. Tenía esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Cerca del final «no le funcionaba el diafragma, no podía estornudar, no podía toser, no podía reír, no podía pedir las cosas», explicó su hija, Alba, a TV3, unos días después de su muerte asistida. «Cuando salió la ley [de eutanasia] fue como ‘¡guau! Ahora existe esta posibilidad». Decidió solicitarla al poco tiempo.

Montserrat murió a principios de septiembre, en su casa, acompañada de su familia. Su marido, Francesc Tomàs, explicó a TV3 que se despidieron con una canción, todos juntos, como ella había pedido. «Agradecí

En algunas comunidades la LORE ya se aplica con normalidad. El trabajo previo, la elaboración de protocolos claros, capacidad de adaptación y la designación de personas de referencia marcan la diferencia.

mucho poder estar con ella, cuando se fue y en los momentos previos», explicó su hijo Eloi. «Estuvimos cantando y llorando e incluso riendo... Fue un buen cierre».

«Las cosas bien hechas»

Quionia Villar, su médica de familia, acompañó a Montserrat durante todo el proceso y también fue quien la ayudó a morir, junto a una enfermera. «Nuestra sensación es que hemos hecho las cosas bien. Se ha ido en paz, como ella quería, y no se ha ido porque no amase la vida», explicó a la televisión.

La muerte asistida de Montserrat Massana es un ejemplo de cómo debe tratarse una petición de eutanasia. Se cumplieron los plazos, se res-

petó su voluntad y pudo despedirse como quiso. «Para ella fue liberador», aseguró su marido.

No todas las peticiones del primer año de la ley han sido así. En muchos casos, los trámites han causado un gran sufrimiento adicional. Trabas, complicaciones, ninguneos, evaluaciones injustas u objeciones de conciencia en masa han convertido algunas solicitudes en una carrera de obstáculos. A veces es por mala suerte, pero a menudo tiene más relación

con el lugar donde se vive: no todas las comunidades autónomas se han esforzado igual para garantizar este nuevo derecho.

Diferencias entre comunidades

Las cifras –no oficiales– publicadas en prensa y la información que ha recabado DMD dibujan una Ley de eutanasia con implementaciones muy diversas. Las comunidades están en un espectro que va desde las que lo están haciendo bien, como Cataluña, País Vasco y Navarra, donde se aplica con normalidad, hasta las que tienen mucho que mejorar, donde destacan Madrid y Andalucía.

No es que las que lo hacen mejor no encuentren dificultades;

“Agradecí poder estar con ella cuando se fue y en los momentos previos. Fue un buen cierre.”

estas han surgido en todas partes y son normales –es un nuevo derecho y una nueva práctica clínica–. Lo que las distingue es que hicieron un buen trabajo previo y que, gracias a este,

han anticipado problemas y establecido mecanismos eficaces para resolver los que surgen. Cuando una persona implicada en una petición de ayuda para morir se topa con un obstáculo, tiene a quién acudir.

«Hubo que hacer muchísimas cosas en muchos ámbitos», explica José Luis Quintas, viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco, responsable de la implementación de la LORE en Euskadi. «Y hubo que hacerlo rápido porque la ley daba un plazo de tres meses». Andalucía, por su parte, se tomó ocho meses para cumplir con el mínimo.

Problemas y dificultades

Los problemas que han surgido durante el primer año son muy variados: pacientes cuyo médico no quiere recoger su solicitud de ayuda para morir, ni está dispuesto a remitirla a la dirección médica de su centro; plazos que no se cumplen; informes negativos mal justificados; objeciones «de conveniencia»; la exigencia de requisitos no previstos por la ley o, incluso, instituciones que se niegan a que una eutanasia pueda practicarse en sus instalaciones.

El personal sanitario también afronta sus propios retos. Muchos no tienen formación específica sobre la eutanasia, ni cuentan con



Montserrat Massana.



quién pueda dársela. En ocasiones, se encuentran con que en su comunidad no hay a quién consultar para resolver dudas. Otros no tienen tiempo para atender una prestación de ayuda para morir y sus jefes no están dispuestos a despejar su agenda. A veces no saben cuáles son sus obligaciones en una muerte asistida, qué deben incluir en sus informes o se enfrentan a una Comisión de Ga-

“Todas las comunidades han encontrado dificultades, la diferencia es cómo las afrontan.”

ven el tema y proponen una postura común», explican. Después hacen públicas sus conclusiones.

En el primer año ya han tratado temas como la objeción de conciencia –recomiendan interpretarla «restrictivamente»: que solo puedan invocarla aquellos profesionales implicados en la aplicación estricta de la prestación–, la vinculación del médico consultor –no rechazan que

Comisión de Salud de Euskadi.



rantía y Evaluación (CGE) –el organismo autonómico que debe dar el visto bueno previo– que entorpece su trabajo en vez de apoyarlo.

Apoyo y consulta

En general, las comunidades donde la LORE funciona mejor tienen características comunes: han formado a suficientes profesionales sobre la eutanasia y sus procedimientos –«En Euskadi ya se ha formado a más de 5.000», indica Quintas–, han designado personas de referencia para

acompañar a sanitarios y pacientes durante la tramitación, evalúan constantemente la aplicación de la norma, hacen –y publican– recomendaciones y sus CGE no solo dictaminan sobre las peticiones de eutanasia, sino que ejercen de organismo de consulta.

La CGE de Cataluña, por ejemplo, no se limita a revisar las solicitudes que les llegan. Si identifican situaciones difíciles, o no contempladas en los protocolos, crean grupos de trabajo que consensúan una solución. «En dos o tres sesiones resuel-

el facultativo haya tenido contacto previo con la persona solicitante– o el acompañamiento –que contemplan para el paciente, su entorno y también para los profesionales implicados en la eutanasia–.

En Euskadi, por su parte, han incorporado la eutanasia como una guía faro: un mecanismo para hacer el seguimiento completo y cumplir todos los pasos de una petición de ayuda para morir desde la historia clínica del paciente. «Desde el punto de vista organizativo es una prestación más, integrada y normalizada, para

que ningún médico que reciba una solicitud pueda decir que no cuenta con el soporte necesario», recalca Quintas. «Si tenemos poca objeción es porque no hay inseguridad».

Personas de referencia

Una estrategia que comparten las comunidades donde la eutanasia funciona es designar personas de referencia sobre la eutanasia, a varios niveles (territorial, por centro de salud, hospital o área sanitaria, etc.). Son las encargadas de asesorar y orientar a los profesionales sanitarios que encuentran dificultades a la hora de abordar una solicitud de ayuda para morir.

En Euskadi, por ejemplo, las personas de referencia están asignadas a las Organizaciones Sanitarias

“Las personas de referencia son las que mejor conocen la norma y están muy motivadas.”

Integradas (OSI), que coordinan hospitales y centros de salud a nivel territorial. Durante los tres meses hasta que la LORE entró en vigor, buscaron a profesionales con ganas de ayudar a implantar el nuevo derecho. «Se buscaron voluntarios precisamente para que fuesen las personas más motivadas; además son las que mejor conocen la norma», cuenta el vicesconsejero vasco. «Su función es dar soporte, incluso emocional».

Durante el primer año de la

EL TRABAJO PREVIO, IMPRESCINDIBLE

La LORE no solo concierne a médicos, enfermeras y sus pacientes. Muchas áreas de los sistemas sanitarios autonómicos han tenido que adaptarse para incorporar la eutanasia a su cartera de servicios. Algunas –Madrid, Andalucía– hicieron lo mínimo lo más tarde posible. Otras abordaron el reto con convicción. En conjunto, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, consensuaron un ‘Manual de buenas prácticas en eutanasia’ y un ‘Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho’, fundamental para abordar las peticiones de eutanasia mediante un testamento vital.

Cataluña empezó muy pronto a trabajar la implantación de la ley. En febrero, casi dos meses antes de su aprobación definitiva, creó el Grupo de Despliegue de la Ley de Eutanasia con el propósito de «asegurar este derecho a todas las personas que quieran ejercerlo». El grupo trabajó en tres patas: identificar todas las tareas necesarias para desarrollar la LORE, preparar al sistema sanitario para recibir las primeras solicitudes y asesorar al Departamento de Salud durante todo el proceso. Lo integraron asesores jurídicos de todas las administraciones implicadas junto a profesionales sanitarios expertos en paliativos, en medicina intensiva, en medicina de familia, enfermería, geriatría, salud mental y trabajo social. «Cataluña ha sido punta de lanza en la reivindicación de este derecho», aseguraron entonces desde la Generalitat. El Parlament de Cataluña había remitido, en 2017, uno de los proyectos de ley de eutanasia que tramitó el Congreso de los Diputados.

Este trabajo previo, que sentó las bases de cómo se abordan las peticiones de eutanasia, se notó pronto. En diciembre, el presidente de su Comisión de Garantía y Evaluación (CGE), Albert Tuca, explicó al diario El País que estaban recibiendo peticiones con «un ritmo intenso». «No es exagerado, pero tampoco es poco», matizó. «No será una situación anecdótica, pero no estamos al nivel de Países Bajos o Bélgica». Tras cinco meses con la ley en vigor, hicieron público que habían recibido más de 50 peticiones, ayudado a morir a 24 personas y denegado tres solicitudes. ■



LORE, estas personas de referencia han sido fundamentales para el buen funcionamiento de la ley, incluso donde solo existen de manera informal. Para los profesionales implicados en una eutanasia, saberse respaldados y acompañados por quien conoce bien la norma y sus requisitos lo cambia todo. Donde no las hay, la sensación a menudo es de desamparo.



Asentar buenas prácticas

Además de ayudar en casos concretos, las personas de referencia ayudan a asentar buenas prácticas. Por ejemplo, a afianzar que incluso quienes objetan deben recoger, y firmar, la primera petición de ayuda para morir. Si no quieren participar en el proceso, al menos deben trasladarla para que su centro busque otro facultativo.

“ La CGE de Catalunya ya ha abordado temas como la objeción de conciencia o el acompañamiento en la eutanasia. ”

A esto se suma que las peticiones de eutanasia requieren más tiempo que una consulta médica convencional: hay que tener dos procesos deliberativos, certificar la voluntad firme de adelantar la muerte, redactar informes detallados y, por supuesto, llevar a cabo la prestación de ayuda para morir. No son cuestiones que puedan resolverse a toda prisa. «No debe ser un proceso burocrático. Necesita reflexión, un espacio donde abordarlo de una manera suave, tranquila, convencida, donde poder expresar miedos y tristezas», resumió Villar, la doctora de Montserrat Massana.

Voluntad política

En algunas comunidades ya han identificado que una petición de eutanasia requiere más tiempo y despejan varias horas de las agendas de los profesionales implicados. Incluso se ha propuesto liberar tres jornadas laborales completas –las de los procesos deliberativos y la del día que se ayuda a morir a la persona–, aunque aún no es una práctica asentada.

Ninguna de las medidas para garantizar el derecho a la eutanasia es muy compleja, ni requiere de grandes inversiones o cambios radicales en el funcionamiento del sistema sanitario. Sí necesita voluntad política. «Ha sido clave», reconoce Quintas. «Nosotros hemos sido muy explícitos en nuestros mensajes de apoyo a la prestación de ayuda para morir, para que nuestros profesionales sepan que cuentan con el respaldo necesario». ■



En general, cuantos más casos se tramitan, más fácil se vuelve todo. «A medida que se practican eutanasias y se conocen más casos de sanitarios que lo han hecho y se han quedado satisfechos de respetar la voluntad de su paciente, más fácil se hace para los demás», indican desde Cataluña. La suma de experiencias individuales permite que el sistema, en conjunto, mejore. «Los casos reales, anonimizados, se incorporan a la formación, especialmente cuando se ha aprendido algo», indica Quintas.

Los tiempos de la eutanasia

Aunque las peticiones de eutanasia no son muchas –una estimación razonable es que, en promedio, cada centro de salud recibirá una al año, y de momento son muchas menos–, la ley ha llegado en un momento complicado para el sistema sanitario. La Atención Primaria, que recibe la mayoría de solicitudes, está saturada en muchas comunidades autónomas. Muchos de sus profesionales, especialmente en algunas comunidades, «no pueden más».