



# ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE

Alegaciones a la proposición de Ley Foral publicada el 2 de julio de  
2010 en el Boletín del Parlamento de Navarra

Navarra, 2 de noviembre de 2010

## I.- INTRODUCCIÓN

Este análisis se elabora en relación con la *Proposición de Ley Foral de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de final de vida*.

Profesionales por la Ética, asociación civil en la que se integran profesionales de muy diversos ámbitos, valora positivamente el deseo del legislador de garantizar la dignidad de la vida humana, especialmente en momentos delicados como los cercanos a la muerte.

Sin embargo y antes de entrar en un análisis técnico más detallado del texto considera necesario hacer algunas preguntas que permitan justificar este desarrollo legislativo:

- 1.- ¿Cuál es la necesidad real de proteger la dignidad del paciente al final de su vida?
  - 2.- ¿Acaso las normas jurídicas y deontológicas en vigor no la tutelan satisfactoriamente, conciliando equilibradamente la libertad del paciente, las obligaciones éticas del sanitario y los derechos de las instituciones asistenciales?
  - 3.- Aunque en la Exposición de Motivos se indica textualmente que *“Las medidas .../... reguladas en esta Ley Foral no deben ser calificadas como acciones eutanásicas”* ¿no lo hace de hecho al proponer prácticas sanitarias que contravienen el artículo 143.4 del Código Penal, como por ejemplo, la suspensión de medidas de soporte vital ordinario y una inadecuada interpretación de lo que es sedación paliativa?
  - 4.- El texto apela reiteradamente a la garantía de los derechos de los pacientes y al respeto de su voluntad sin fijar un límite. ¿No hace con ello del personal sanitario un ejecutor de la voluntad del paciente (o de su representante), obviando la profesionalidad, la buena práctica médica y la responsabilidad de los profesionales de la Medicina?
- Recordemos, en este sentido, la Recomendación del Consejo de Europa 1418 (1999), según la cual *“el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida”*.
- 5.- ¿Dónde termina el derecho y la garantía de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte y comienza un inexistente “derecho” a la muerte, rechazado por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional?



6.- ¿Por qué se pretende obstaculizar en esta Proposición de ley el derecho del personal médico y sanitario a la objeción de conciencia, reconocido por el Tribunal Constitucional y la reciente normativa nº 1763/2010 del Consejo de Europa específica para los profesionales sanitarios?

¿Acaso las obligaciones profesionales derivadas de procurar el bien de los pacientes no pueden entrar, en ocasiones, en conflicto con determinados deseos de autodeterminación de los mismos? ¿No podrían conducir estas peticiones a actuar en contra de la *lex artis*, dando lugar a una objeción de conciencia al considerarlas profesionalmente como una mala práctica clínica?

7.- ¿Con qué criterios va a acreditar la Consejería a los Comités de Ética Asistencial y cómo se va a asegurar que no se conviertan en una intromisión en la intimidad de la relación entre médico y paciente?

8.- ¿Cómo asegura la Proposición de Ley que no caminamos hacia una implantación de la cultura de la eutanasia?

## II.- ANÁLISIS DEL TEXTO

En primer lugar cabría afirmar que la Proposición de Ley sometido a debate en el Parlamento Foral en fechas próximas, trata de regular derechos que ya están regulados en leyes estatales de rango superior, como la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, así como el Código de Ética y Deontología Médica de 1999.

Por otro lado, y nos parece un aspecto positivo, reconoce unos derechos de los pacientes en la fase final de la vida que obligará a un esfuerzo presupuestario muy importante del Gobierno de Navarra (Artículo 13).

Se exponen a continuación algunos puntos criticables de esta Proposición de ley:

- **Exposición de Motivos**, se dice que *“no existe consenso ni ético ni jurídico para permitir que el paciente que sufre solicite ayuda a terceras personas para acabar con su vida”*.

Existe absoluto consenso al respecto, y en la práctica, lo que el paciente le está expresando al profesional es que no quiere tener dolor, quiere sufrir menos, eliminar su angustia, no estar solo; en definitiva, lo que no quiere es “vivir así”, por ello en lo que existe consenso es en garantizar de modo efectivo y real unos Cuidados Paliativos integrales, universales y de calidad, aumentando su dotación y profesionalización.

- **Exposición de Motivos:** *“../... la autonomía de la persona ha de mantenerse durante la enfermedad y alcanzar plenamente el proceso de su muerte”*.

Científicamente es conocida que la capacidad decisoria plena del paciente sobre su propia muerte puede verse afectada por situaciones inherentes al proceso que está viviendo, pero ajenas a su voluntad real (incredulidad, ira, rechazo, negación, depresión, desesperación, miedo, etc.), que frecuentemente preceden a la fase de aceptación y resignación. Por tanto, la frase no es acorde con la realidad clínica de los pacientes.

- **Exposición de Motivos:** *“Morir, en fin, sin tener que soportar tratamientos que no son útiles y sólo alargan el fin, innecesariamente, proporcionados por profesionales bien intencionados, pero obstinados en terapias no curativas”*.

Puede ocurrir que una terapia no curativa alivie al paciente y mejore su calidad de vida.

Lo correcto sería, por ello, decir: “obstinados en terapias con intención curativa no indicadas o no justificadas”.

- **Exposición de Motivos:** *“Eutanasia, que aunque etimológicamente significa buena muerte, hoy por hoy está tipificado como delito en el Código Penal”*.

Existen muchas palabras que etimológicamente no tienen que ver con el significado real o es, incluso, contrario al real. La Organización Mundial de la Salud la define como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. . . Por otro lado indicar “*hoy por hoy, no está tipificado como delito en el Código Penal*” suena a que no lo estará en el futuro, lo cual es impropio de un Proyecto de Ley.

- **Exposición de Motivos:** *“Incorporar los deberes de los profesionales .../... todo ello, en definitiva, para consagrar los derechos de autodeterminación decisoria de las personas en el ámbito de la relación clínica”*.

De este modo se establece la intención clara de la Proposición de Ley destacando, con ello, la predominancia de la autodeterminación del paciente o los familiares en el proceso clínico sin fijar límite alguno.

- **Artículo 5 - Definiciones, f) Limitación del esfuerzo terapéutico y g) Medida de soporte vital.** Queda definida la limitación de esfuerzo terapéutico como la *“Retirada o no instauración de una medida de soporte vital .../...”*, que, a su vez, se define en el apartado g como *“Intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, incluidas la hidratación y nutrición .../...”*.

De este modo, quedaría establecida una norma legal en la que se podría retirar una medida de soporte vital como la hidratación y la nutrición, que no se niega a pacientes en situación de dependencia, por ejemplo, y que supondría la aceptación de una conducta médica contraria a la *lex artis* profesional.

Esto es muy grave y contrario a derecho, pues se abre una puerta para aceptar dictaminar sobre el proceso de muerte, rompiendo el fundamento social y jurídico que establece la protección del débil como punto de partida, al actuar sobre las medidas de cuidado básico.

- **Artículo 5 - Definiciones, j) Obstinación Terapéutica.** Se alude a *“medidas carentes de utilidad clínica que pueden mermar su calidad de vida y que únicamente prolongan su vida biológica”*.

Pero, ¿quién decide que una vida es meramente biológica?, ¿qué criterios se utilizan?, ¿qué significa eso?

Esta definición, además, excluye deliberadamente la tipificación del tipo de medidas susceptibles de limitación de esfuerzo terapéutico, sin mencionar a cuáles nos estamos refiriendo y si éstas abarcan medidas de soporte vital ordinarias tales como la hidratación y la nutrición, lo cual aún refuerza más esta indefinición y la situación de amparo de actuaciones eutanásicas.

Para una práctica ética, y para tranquilidad de los pacientes que se acojan a conceptos tales como “evitar la obstinación terapéutica”, parece imprescindible distinguir entre medidas de soporte vital ordinarias y extraordinarias, y a su vez, entre casos en los que la aplicación de esas medidas puede ser proporcionada o desproporcionada a la expectativa de vida con calidad que presenta el paciente.

- **Artículo 5 – Definiciones, k) Personas en proceso final de vida:** *“Personas afectas de una enfermedad o estado incurable e irreversible, o que se encuentren en situación terminal o de agonía”*.

La definición no es correcta, puesto que, por ejemplo, un enfermo de artrosis tiene una enfermedad crónica, incurable e irreversible, pero... no es una “persona en proceso de final de vida”, según se indica en el texto.

- **Artículo 5 - Definiciones, p) Sedación en la agonía y q) Sedación paliativa.** Se describen de modo correcto la sedación paliativa y la sedación en la agonía, sin embargo, las obligaciones profesionales derivadas de procurar el bien de los pacientes pueden entrar, en ocasiones, en conflicto con determinados deseos de autodeterminación de los mismos, siendo la aplicación de una sedación un posible ejemplo de ello.

Así, es importante mencionar que hay que distinguir entre sedaciones terminales *no indicadas* (en casos de coma), *contraindicadas* (en casos de insuficiencia respiratoria) y *desproporcionadas* (en casos de sedación a dosis excesiva), cuyo conocimiento conlleva el deber del profesional sanitario de no facilitar una intervención considerada de mala práctica clínica que entre en contradicción con la *lex artis*. Esto explicaría la objeción de conciencia del médico ante peticiones del paciente que entren en conflicto con el Código Deontológico profesional.

En este sentido, se deben tener en cuenta las definiciones siguientes, para facilitar un adecuado entendimiento en la relación profesional sanitario-paciente y para la minimización de posibles situaciones de conflicto asistencial:

- **Sedación no indicada:** cuando se deduce, de la sintomatología del paciente, que no requiere sedación (no existen síntomas refractarios que haya que aliviar).
  - **Sedación contraindicada:** cuando se realiza en una situación clínica que no la requiere y la misma interviene directamente en el fallecimiento del paciente.
  - **Sedación desproporcionada:** cuando la sedación no se aplica con dosis equilibradas ni con el tiempo de administración correctos.
- 
- **Artículo 5 - Definiciones o) Situación Terminal.** La Proposición de Ley omite tanto la referencia a una muerte próxima como el dintel que se refiere a la expectativa de vida, y se limita a señalar “*expectativa de vida limitada*”. Puesto que una “*expectativa de vida limitada*” es común a todo el género humano, esa definición ambigua ampara comportamientos que normalmente solo se admitirían en situaciones agónicas o realmente terminales como comportamientos a aplicar en práctica médica con enfermos que no se encuentran en esta situación.
  - **Artículo 7. Derecho a la toma de decisiones y el consentimiento informado.** La aplicación de forma genérica del derecho del paciente a que sea respetada su toma de decisiones parece en un principio básico y correcto, pero al no ser más que unas declaraciones genéricas, que además están reflejadas en unas voluntades vitales que pueden solicitar un amplio rango de comportamientos, pueden amparar la solicitud de prácticas eutanasicas que claramente están prohibidas por el Código Penal (art. 143.4). Esto conllevaría que esta ley esté invadiendo el campo de jurisdicción penal, que claramente está fuera de las competencias de la comunidad autónoma.

La ley contempla la aplicación de **sanciones**, para una serie de comportamientos cuyo seguimiento obligarían al médico o personal sanitario a incurrir en delitos tipificados por el Código Penal nacional en su art. 143.4, en acciones de asistencia al suicidio, esto lleva a una indefensión del médico así como a un conflicto de competencias claramente contrario a la legislación vigente.

Asimismo, puesto que la toma de decisiones en estos casos es compleja, el facultativo no debe ser penalizado por conductas tan difícilmente tipificables, lo cual podría dar lugar a una “medicina defensiva” contraria a los intereses de los pacientes. Antes bien, en los centros sanitarios se deben proveer mecanismos de diálogo y consenso –más que de enfrentamiento- entre los pacientes, familiares y el equipo asistencial.

- **Artículo 13:** *“Derecho de las personas a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos”.*

Se refiere a la garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor y otros síntomas en el proceso de su muerte. Este punto es crucial, pues convierte en un derecho básico el que todos tengan acceso a ser asistidos por un **equipo de cuidados paliativos**. No se menciona incluir la dotación presupuestaria que mejore estos servicios sanitarios.

- **Artículo 14:** *“Las personas tienen derecho a recibir la atención idónea que prevenga y alivie el dolor físico, incluida la sedación si el síntoma es refractario al tratamiento específico”.*

Es necesario que se incluya la proporcionalidad del tratamiento y su adecuación a dicha enfermedad. Un joven con un esguince de tobillo muy doloroso, si ese síntoma no lo controlamos con los tratamientos habituales (es decir, es “refractario”), no deberíamos sedarlo (con el consiguiente riesgo). Por eso lo correcto sería: “...y si el tratamiento es proporcionado y es adecuado al diagnóstico”

- **Artículo 15 Derecho de las personas a la administración de sedación paliativa.** *“Las personas en proceso de final de vida tienen derecho a recibir sedación paliativa”.*



La sedación paliativa nunca podrá ser un derecho de nadie. Es una maniobra terapéutica como cualquier otra, y sólo se puede realizar por profesionales expertos en cuidados paliativos, a juicio de éstos, y tras haber agotado todas las maniobras terapéuticas tendentes al alivio del sufrimiento, y después de cerciorarse que el síntoma que está causando dicho sufrimiento es refractario.

La sedación paliativa se debe ofrecer al paciente como alternativa última y con las indicaciones precisas, pero no es un derecho, como tampoco lo es la colecistectomía por laparotomía, o la prostatectomía transuretral.

Así, no se podría aplicar, por ejemplo, para inducir innecesariamente un coma farmacológico, o con el objetivo directo de acortar la vida del paciente o para tratar la ansiedad de la familia.

Es el profesional el que propone al paciente la opción de tratamiento que es conforme a su cuadro sintomático y no al revés.

- **Artículo 18. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas, apartado 2:**  
*“Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley Foral, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley Foral 11/2002 y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas”.*

La ambigüedad de esta última frase puede servir de base para proceder contra los médicos que hacen valer principios éticos aceptados en la profesión. Por ello, podría incluirse una fórmula del tipo: *“no considerándose tales a estos efectos las propias de la deontología profesional”.*

Este artículo está tomado de los artículos 8 y 9 del Código de Ética y Deontología Médica, salvo que en este caso no se hace referencia a la objeción de conciencia; por lo tanto la redacción claramente obstaculiza el ejercicio de un derecho reconocido en la jurisprudencia como es la objeción de conciencia.

Habría que tener en cuenta, además, el Artículo 11.3 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, según el cual: *“No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la lex artis, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el*

*interesado haya previsto en el momento de manifestarlas*". Esto es aplicable a todo el articulado que habla sobre instrucciones y voluntad del paciente.

Por tanto, llama poderosamente la atención la omisión en todo el articulado de aplicar el límite a las Instrucciones previas *contrarias a la Lex artis* (buena práctica clínica), lo que es la causa principal de que tenga una clara orientación ideológica que pretende abrir el camino a la eutanasia, al desequilibrarse la balanza a favor exclusivamente de la autodeterminación del paciente.

- **El artículo 21. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico.** Está enteramente contemplado y regulado de nuevo en el artículo 27 del Código de Ética y Deontología Médica, por lo que no supone ningún avance desde el punto de vista normativo. Sobre la actual redacción deberían incorporarse criterios deontológicos.

1. **Apartado 1:** *"El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, tiene obligación de **limitar las medidas de soporte vital** cuando lo estime necesario para evitar la obstinación terapéutica"*.

Recordemos que las medidas de soporte vital que el médico tiene obligación de limitar (según este articulado y la definición inicial de la Ley), incluyen la hidratación y la nutrición, que no son consideradas medidas básicas ordinarias, lo que establece una peligrosa norma profesional que no es conforme al Código Deontológico, si se aplicara fuera del contexto de agonía, lo que no se ha mencionado en el Proyecto de Ley.

Por si fuera poco, el incumplimiento de esta obligación tan genérica (limitar el esfuerzo terapéutico), está tipificado sin más en el Proyecto de Ley como infracción muy grave por parte de los profesionales y los centros.

2. El **apartado 2** introduce una norma de difícil cumplimiento, ya que los pacientes paliativos deben ser cuidados por un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, psicólogo y trabajador social), y es en este ámbito donde se toman las decisiones. Si hay que contar con la opinión de un segundo médico para realizar una limitación del esfuerzo terapéutico, hace imposible la mayoría de las veces dicha aplicación en el tiempo, debido a las limitaciones con que los propios equipos trabajan.

3. **El apartado 3** establece el procedimiento a seguir si con la propuesta del médico de limitar el esfuerzo terapéutico no están de acuerdo los familiares y no existen voluntades anticipadas.

Sin embargo, llama poderosamente la atención que, a la inversa, no se describa ningún procedimiento cuando sea el paciente o los familiares los que pidan limitar el esfuerzo terapéutico en contra del criterio profesional del médico,.

En este caso sería útil la creación de un Comité Permanente de Cuidados Paliativos con función de asesoramiento y garantía de actuación conforme a la buena práctica clínica.

- **El artículo 23.2. Acompañamiento de los pacientes.** Al mencionar el deber de las instituciones sanitarias de facilitar el auxilio espiritual conforme a las convicciones del paciente, debería mencionar este mismo deber para el personal médico y sanitario. Es decir, el personal sanitario, desde su condición de confidente y por su cercanía comunicativa en su relación personal, tiene la responsabilidad de poder facilitar que el paciente tenga acceso al auxilio espiritual que requiera. Se trata, por tanto, de un servicio asistencial integral y de calidad, coordinando la ayuda completa a las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente.

Queda más claro si el texto indica: *“las instituciones sanitarias en general y los profesionales sanitarios en particular, tienen el deber de facilitar el acceso...”*

- **El artículo 27. Estancia en habitación individual para personas en proceso de final de vida.** De nuevo regula un compromiso deseable, pero bastante poco realizable, por el costo en inversiones que conlleva: el derecho a una habitación individual. Suponer que se va a dar estos compromisos sin una dotación económica adecuada es una situación hipotética que deja en mal lugar los intereses de fomentar cuidados paliativos que pudiese tener esta ley.
- **El artículo 28. Comités de Ética Asistencial**  
Añadir la creación de un Comité Permanente en Cuidados Paliativos que estaría muy relacionado con la ayuda a resolver los casos que planteen dudas a la ética médica de los profesionales. Entre las funciones de ese Comité se incluiría el asesoramiento y la garantía de actuación conforme a la buena práctica clínica.

- **Por último, en el artículo 32, referente a las infracciones muy graves,** establece “*el obstáculo o impedimento a cualquiera de los derechos expresados en el título II y .../... los deberes establecidos en el título III*”

Lo que es muy grave es que el obstáculo o incumplimiento de “*la obligación de limitar las medidas de soporte vital*”(título III, art. 21), que quedaron definidas “*incluyendo la hidratación y la nutrición*” (art. 5), esté tipificado de modo genérico como infracción muy grave tratándose de una medida terapéutica básica, lo que podría ser contrario a la deontología y buena práctica médica, si no se encuentra el paciente en el momento de agonía.

Se tipifica también como tal el incumplimiento del derecho a recibir cuidados paliativos integrales, sin tener en cuenta de la falta de homogeneidad y universalidad del servicio existente actualmente. La pregunta puede ser: ¿esa sanción la recibirá el gerente de la zona de salud ya que no va a poder satisfacer dichos derechos, al día siguiente de aprobarse la Proposición de Ley? Dudamos mucho de que puedan aplicarse dichas sanciones mientras que la cobertura de los cuidados paliativos no sea del 100 % de la población diana, y esto supondría una implantación progresiva a lo largo de varios años.

A su vez, obliga a sancionar la oposición a un supuesto derecho a la sedación paliativa, aplicada a voluntad del paciente, cuando es un deber clínico del médico considerar si se encuentra ante un caso de petición de sedación terminal *no indicada, contraindicada o desproporcionada*, en cuyo caso no debería actuar conforme a la voluntad del paciente por entrar en conflicto con el Código deontológico profesional y, además, con el Código Penal, que da una orientación definida como eutanasia y que, a su vez, impone sanciones por su aplicación.

No se debe penalizar, por tanto, con sanciones a los profesionales sanitarios que actúen de acuerdo con la *lex artis*.

Eliminar, por ello, el artículo 32, cuya redacción hace suponer que los deseos del paciente son el criterio de máxima referencia para juzgar la actuación profesional. En caso de conflicto médico-paciente el criterio guía para los jueces hasta ahora siempre ha sido el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (buena praxis profesional).

### III.- CONCLUSIONES

Resumimos finalmente los aspectos a nuestro juicio necesariamente modificables de la Proposición de Ley, por su importante repercusión social:

- 1.- No caer en manipulaciones generales del lenguaje tales como indicar que la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas de eutanasia, ya que retirar medidas de soporte de modo *inadecuado* o aplicar sedaciones *contraindicadas* son contrarias a la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- 2.- Inclusión del Código Deontológico profesional como referencia en la toma de decisiones médicas, al ser norma auxiliar del Derecho.
- 3.- Explicitar la definición de la sedación terminal y la tipificación de los casos de sedación terminal *no indicada, contraindicada o desproporcionada*, pues condicionan la actuación médica profesional y facilitan un adecuado entendimiento en la relación médico-paciente.
- 4.- Exponer la distinción entre medidas ordinarias de soporte vital y medidas extraordinarias, clarificando que las primeras son cuidados básicos, no pudiendo ser consideradas de “obstinación terapéutica”, así como el concepto de adecuación y proporcionalidad en la indicación terapéutica.
- 5.- Definir los límites de la voluntad del paciente, en relación con la *lex artis* de las profesiones sanitarias y el Código Penal, de obligado cumplimiento.
- 6.- No penalizar con sanciones a los profesionales sanitarios que actúen de acuerdo con la *lex artis*. El criterio guía debe ser el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica.
- 7.- Incluir la dotación presupuestaria que mejore los servicios sanitarios de nuestra Comunidad, en especial el ámbito de los Cuidados Paliativos.
- 8.- Clarificar el papel y el proceso de acreditación de los Comités de Ética Asistencial y proceder a la creación de un Comité Permanente de Cuidados Paliativos, que entre sus funciones incluya el asesoramiento y la garantía de actuación conforme a la buena práctica clínica.
- 9.- Mención explícita del derecho al respeto del ideario de los centros sanitarios.



**10.-** Reflejar la garantía de objeción de conciencia si alguna petición de actuación atentara contra la conciencia de los profesionales sanitarios, como recoge el derecho y la jurisprudencia constitucional, así como la reciente normativa nº 1763/2010 del Consejo de Europa denominada "*Derecho a la objeción de conciencia en la atención médica*", en relación al reconocimiento de la misma.