

PROFE
SIONALES
POR LA
ÉTICA

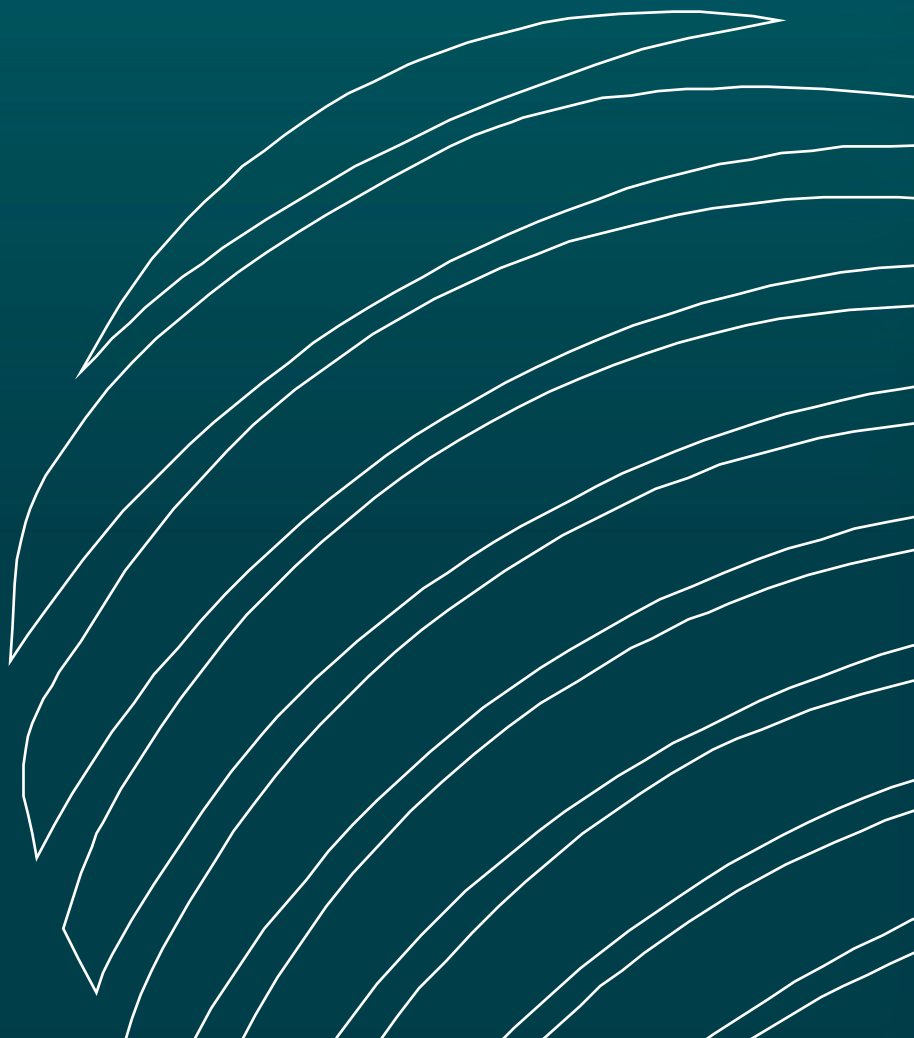
¿LEY DE MUERTE DIGNA O
EUTANASIA ENCUBIERTA?

10 CLAVES SOBRE LA
LEGISLACIÓN QUE VIENE

VIDA *digna*



PROFESIONALES
POR LA ÉTICA



VIDA*digna*



PROFESIONALES
POR LA ÉTICA

C/ Juan Bravo, 58 - 60 / E-25
28006 Madrid - SPAIN
Tel. +34 91 402 27 21
Fax. +34 91 309 32 28
info@profesionalesetica.org

www.profesionalesetica.org



¿LEY DE MUERTE DIGNA O EUTANASIA ENCUBIERTA?

10 CLAVES SOBRE LA LEGISLACIÓN QUE VIENE

■ CONTENIDOS

I. Introducción [p.4]

II. 10 claves sobre la legislación que viene [p.4]

- [1] La intención de la ley [p.4]
- [2] El alcance y ámbito de aplicación de las nuevas normas [p.5]
- [3] La autonomía del paciente y su derecho a la toma de decisiones tras el consentimiento informado [p.6]
- [4] La retirada de una intervención y las consecuencias para el profesional [p.8]
- [5] La sedación terminal [p.9]
- [6] Definición de obstinación terapéutica [p.10]
- [7] El uso de la manipulación de términos [p.11]
- [8] El procedimiento en caso de desacuerdo [p.12]
- [9] Las sanciones a los profesionales y Centros [p.13]
- [10] Contradicciones con Códigos y Leyes vigentes [p.14]

III. Conclusiones [p.16]

IV. Lo que se pide al Gobierno [p.17]

V. Declaración de derechos de los pacientes al final de su vida [p.19]

I. Introducción

El pasado 20 de noviembre el vicepresidente del Gobierno, D. Alfredo Pérez Rubalcaba, anunció la próxima aprobación de una Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna que garantizará, según declaró el propio Rubalcaba, «los derechos de los pacientes y los familiares de los mismos», basándose en las propuestas autonómicas de legislación de muerte digna.

Y es que en España, a día de hoy, ya se ha dado el caso de legislación de una supuesta “muerte digna”, a propuesta del PSOE, en Andalucía a través de la *Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la Muerte* que entró en vigor en marzo de 2010.

Además, actualmente se encuentran en trámite dos proposiciones similares: la *Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la Muerte en Aragón*¹ (a propuesta de Izquierda Unida) y en Navarra² (a propuesta de Nafarroa Bai).

¿Cómo aseguran los Proyectos de Ley que no caminamos hacia una implantación de la cultura de la muerte intencionada y hacia la eutanasia encubierta tal como están desarrollados?

Profesionales por la Ética, asociación civil en la que se integran profesionales de muy diversos ámbitos, ha analizado tanto la legislación andaluza ya vigente como los proyectos de ley en trámite. Sus conclusiones se resumen en 10 claves que, con mucha probabilidad, se reflejarán también en la ley estatal prevista para marzo.

II. 10 claves sobre la legislación que viene

[1] La intención de la ley.

Se trata de:

*(...) consagrar los derechos de autodeterminación decisoria de las personas en el ámbito de la relación clínica*³.

De este modo, se establece la intención clara de la futura legislación, en la que predominará la autodeterminación del paciente o de los familiares en el proceso clínico, sin fijar límite alguno.

¹Proposición de Ley publicada el 26 de abril de 2010 en el Boletín de las Cortes de Aragón.

²Proposición de Ley Foral publicada el 2 de julio de 2010 en el Boletín del Parlamento de Navarra.

³Exposición de motivos de la Proposición de Ley Foral.



La redacción de la ley andaluza y de los proyectos legislativos citados tienen el siguiente desarrollo común:

- Parten de definiciones terminológicas muy ambiguas
- A continuación, se enumeran unos derechos de los pacientes, seguidos de los deberes de los profesionales y Centros para hacer efectivos esos derechos, y finalmente, se exponen las sanciones por su incumplimiento.

Desde la Exposición de Motivos se establece el sentido de la inclinación de la balanza al indicar que el objetivo final de la legislación es *consagrar los derechos de autodeterminación decisoria de las personas*.

Ante esto, Profesionales por la Ética desea expresar que una Ley que parta de este dualismo (autonomía del paciente frente al médico), está creando un soporte legislativo favorecedor de conflictos, cuyas consecuencias jurídicas y profesionales pueden causar un gran perjuicio al propio paciente y a la sociedad.

El desarrollo legislativo crea, por tanto, este antagonismo entre el médico y el paciente y parece cuestionar que la experiencia profesional y los conocimientos sanitarios se ponen al servicio de la persona enferma para el mejor interés del paciente en el proceso final de su vida.

Además de ello habría que tener en cuenta que la legislación actual, concretamente la *Ley 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del paciente*, ya ha desarrollado de una manera muy precisa el comportamiento médico garantizando el respeto debido a las decisiones del enfermo. Es por tanto, cuestionable, la necesidad de otra Ley cuando la legislación actual ya garantiza los derechos del paciente.

[2] El alcance y ámbito de aplicación.

La presente Ley se aplicará (...) al personal implicado en su atención sociosanitaria, y a los centros tanto públicos como concertados y privados que presten sus servicios en la Comunidad Foral.⁴

Hay que destacar que tanto en la legislación andaluza, como las que se encuentran en trámite en las otras Comunidades, **no existe**

⁴ Art. 3 de la Ley de Andalucía, art. 3 de Proposición de Ley de Aragón y art. 3 de la Proposición de Ley Foral de Navarra.

mención explícita alguna del derecho al respeto al ideario de los centros sanitarios. Esto es importante porque los profesionales y los centros quedarán obligados por los derechos y deberes que se describen en los textos legislativos.

Esta ley afectará a las actuaciones de cuidados paliativos que se realizan por servicios de asistencia que, según cada Comunidad Autónoma, pueden ser gestionados por servicios privados. Esto tiene relevancia en la práctica, pues los centros gestionados por servicios o entidades independientes con un ideario propio podrían entrar en conflicto con esta nueva normativa.

[3] La autonomía del paciente y el derecho a la toma de decisiones tras el consentimiento informado.

La presente Ley tiene como fines:

(...) asegurar la autonomía del paciente y el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte⁵.

La aplicación de forma genérica del derecho del paciente a que sean respetados sus deseos, se trataría de un principio básico y correcto. Sin embargo, la preponderancia de este principio sin establecer ningún tipo de valoración ética del mismo, puede ser altamente perjudicial para el propio paciente, de ahí la importancia de fijar los límites de la autonomía en la toma de decisiones. Por ejemplo, en el caso de un paciente con cáncer de próstata tratado localmente con radioterapia presenta también metástasis en huesos y cerebro y el paciente rechaza la quimioterapia propuesta, y exige una cirugía no indicada, invocando el principio de autonomía por encima de todo. La aceptación de ese deseo llevaría a provocar, con una alta probabilidad, complicaciones del procedimiento sin ningún beneficio esperable según la evidencia científica, al no ser el tratamiento necesario, ya que el cáncer no se encuentra en un estado curable mediante cirugía.

Por eso la autonomía debe ir siempre de la mano de la profesionalidad, la buena práctica médica y la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Cualquier ley que enfrente a ambos (pacientes y profesionales) está haciendo un grave daño al propio paciente y a la sociedad.

En los textos legislativos analizados, los deseos del paciente son el criterio establecido de máxima referencia para juzgar la actuación

⁵ Art. 2 de la Ley de Andalucía, art.2 de Proposición de Ley de Aragón y art. 2 de la Proposición de Ley Foral de Navarra.



de los profesionales. Es más, éstos serán sancionados por la *obstaculización o incumplimiento*⁶ del derecho del paciente a ejercer su autonomía. Obsérvese la palabra elegida por los legisladores y sus consecuencias: la simple *obstaculización* del médico al ejercicio de autonomía del paciente se califica de infracción *muy grave*, que sería sancionada.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que se promulgó tan sólo un año después a la Ley de Autonomía del paciente, estableció que:

*Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas*⁷.

Este artículo tiene trascendencia actual, pues queda clarificado que es una obligación del profesional sanitario actuar al servicio de la salud y conforme a la deontología. Ante cualquier conflicto, prevalecerá en el profesional sanitario este deber.

Asimismo, el Código de Ética y Deontología Médica establece que:

*Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar*⁸.

Por otro lado, la legislación andaluza de muerte digna y las proposiciones de ley de Aragón y Navarra no tienen en cuenta lo previsto en la *Ley Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*⁹, según la cual:

No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la lex artis ni las que no se correspondan con el supuesto hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarla.

Estas referencias establecen, por tanto, los límites de la voluntad del paciente: la *lex artis* (buena práctica profesional) y las obligaciones deontológicas profesionales, que a su vez, se ajustan a lo dispuesto por el Código Penal¹⁰.

⁶ Art. 31 de la Ley de Andalucía, art 31 de la Proposición de ley de Aragón y art 32 de la Proposición de la Foral de Navarra.

⁷ Art. 4.5 de Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

⁸ Art 9.3 el Código de Ética y Deontología Médica.

⁹ Art. 11.3 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del Paciente.

¹⁰ Art.143.4 Código Penal: El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

En este mismo sentido se ha pronunciado la OMC (Organización Médica Colegial) y la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) en un documento conjunto de Recomendaciones en el que se indica que “*la nueva Ley debe promover el respeto de la buena práctica médica y de los Códigos de Deontología de las profesiones sanitarias*”¹¹.

Existe, por tanto, un amplio acuerdo en que estos límites deben figurar expresamente en el articulado de una ley que regulara el proceso de la muerte y no deben ser omitidos. Se evitaría los conflictos éticos y profesionales, tales como que el profesional se vea obligado a atender una solicitud (realizada por el paciente o por la familia) de tratamientos o intervenciones contraindicadas en su proceso clínico con la presión añadida, de ser sancionado por no llevarla a cabo.

[4] La retirada de una intervención y las consecuencias para el profesional.

*Toda persona tiene derecho a la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro su vida*¹²(...).

*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*¹³(...).

*Medida de soporte vital: intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, incluidas la nutrición y la hidratación artificial*¹⁴(...).

El problema principal en este punto reside en que, en el inicio de los textos legislativos, se establece una definición de *medida de soporte vital* que es ambigua e incompleta. Partiendo de una definición incorrecta, es fácil deducir que las consecuencias de su aplicación serán conflictivas.

En la legislación analizada, las *medidas de soporte vital* que el médico tiene obligación de limitar están incluyendo la hidratación y la nutrición. Éstas, por tanto, no son consideradas medidas de cuidados básicos de la vida. Por eso, para prevenir los conflictos

¹¹ Recomendaciones de la OMC y SECPAL ante el Proyecto de ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna 2011 consultar en http://www.cgcom.org/noticias/2011/01/11_01_18_omc_secpal

¹² Art. 8.2 de la Proposición de Ley Foral de Navarra, art. 8.2 de la Proposición de Ley de Aragón y art. 8.2 de la Ley de Andalucía.

¹³ Art. 21 de la Proposición de Ley Foral de Navarra.

¹⁴ Literal g) del Art.5 de la Proposición de Ley Foral de Navarra.

éticos y profesionales, debería considerarse como criterio general que la hidratación y la nutrición son cuidados ordinarios y proporcionados (no desproporcionados), que no se niegan a los pacientes que están en situación de dependencia.

Lo conforme a la ética profesional es que la limitación de las medidas de soporte vital se refiera a las medidas extraordinarias y desproporcionadas.

Por ello, establecer de modo genérico como obligación del médico *limitar las medidas de soporte vital*, sin diferenciar sin nos referimos a medios ordinarios o extraordinarios y si éstos son proporcionados o no a la situación clínica del paciente, es muy grave y contrario a Derecho, pues se abre una puerta para decidir (el paciente o sus familiares) sobre el proceso de muerte. **Se acaba así con el fundamento social y jurídico que establece la protección del débil como punto de partida.**

Además de estos graves errores conceptuales de la ley, si un profesional sanitario incumple la obligación genérica de *limitar el esfuerzo terapéutico* sería sancionado por infracción muy grave¹⁵, lo que crea una clara situación de indefensión para profesionales y centros sanitarios que estimen no indicada la retirada de soportes vitales básicos y proporcionados.

[5] La sedación terminal.

Los textos legislativos analizados establecen un supuesto «derecho a la sedación terminal¹⁶».

La sedación terminal es una herramienta terapéutica que surge, a propuesta del profesional médico cuando el paciente no responde a otros tratamientos y después de haber agotado todas las maniobras terapéuticas. Por tanto, su objetivo es el alivio sintomático y no el de acortar la vida del paciente. **Una sedación terminal que tenga como propósito directo acortar la vida del paciente es rechazable desde el punto de vista terapéutico y no puede ser exigida como derecho por el paciente.**

Por otro lado, hay que diferenciar la sedación paliativa de sedaciones *no indicadas* (en pacientes en coma), *desproporcionadas* (sedaciones en dosis excesivas) y *contraindicadas*, que deben definirse correctamente para no dar amparo a actuaciones eutanásicas:

¹⁵ Art. 32 de la Proposición de Ley de Aragón, art. 31 Proposición de Ley Foral de Navarra y art 31 de la Ley de Andalucía.

¹⁶ Art. 15 de la Proposición de Ley Foral de Navarra y artículos 14 de la Proposición de Ley de Aragón y de la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la Muerte de Andalucía.

1. Sedación no indicada: cuando no se deduce de la sintomatología del paciente que éste requiera sedación.

2. Sedación contraindicada: cuando se realiza en una situación clínica que no la requiere y la misma interviene directamente en el fallecimiento del paciente.

3. Sedación desproporcionada: cuando la sedación no se aplica con dosis equilibradas ni con el tiempo de administración correctos.

Resulta por tanto, imprescindible que se explicita en la ley la definición de sedación terminal como herramienta terapéutica. También hay que incluir los otros conceptos de sedación que condicionarán la actuación médica profesional y facilitarán un adecuado entendimiento en la relación médico-paciente.

Si esto no se hace se estará utilizando la norma para abrir el camino a una eutanasia encubierta a través de la aplicación errónea de sedaciones.

[6] La definición de obstinación terapéutica.

El médico o médica responsable de cada paciente tiene la obligación de limitar las medidas de soporte vital cuando lo estime necesario para evitar la obstinación terapéutica¹⁷.

Existe consenso ético y científico en que debe ser rechazado lo que se conoce como obstinación terapéutica, es decir, iniciar o mantener procedimientos diagnósticos o terapéuticos que ya no benefician al enfermo por ser inútiles, siendo por ello, susceptibles de limitación.

Sin embargo, la definición de obstinación terapéutica que aparece en los textos legislativos vigentes o en trámite¹⁸ no establece la diferencia entre medidas extraordinarias de soporte vital (ventilación mecánica) y cuidados básicos (ordinarios) como la alimentación y la hidratación, ni matiza que deba valorarse si se aplican de manera proporcionada o desproporcionada al caso concreto. Esto resulta determinante para una correcta valoración ética y profesional. Las distinciones de medios ordinarios/ extraordinarios y cuidados proporcionados / desproporcionados se consideran imprescindibles para no amparar actuaciones eutanásicas.

¹⁷ Art. 21 de la Proposición de Ley Foral de Navarra, art. 21 de la Proposición de Ley de Aragón y art. 21 de la Ley de Andalucía

¹⁸ Art.5 de la Ley de Andalucía, art.5 de Proposición de Ley de Aragón y art.5 de la Proposición de Ley Foral.

Además, según la redacción de la ley andaluza y de las leyes autonómicas en trámite, si un profesional o un centro sanitario incumpliera la obligación genérica de «limitar el esfuerzo terapéutico para evitar la obstinación terapéutica», (obstaculizando o incumpliendo ese derecho) su actuación estaría tipificada como infracción muy grave¹⁹. Como consecuencia, podría ser sancionado quien únicamente cumple con su deber profesional de cuidado básico de la vida.

Frente a la obstinación terapéutica lo indicado será potenciar el desarrollo homogéneo y completo de los Cuidados Paliativos como la respuesta digna, adecuada y deseable de la Medicina.

[7] El uso de la manipulación de términos.

1. En los textos analizados hay expresiones y términos ambiguos como «pronóstico de vida limitado»²⁰ que no se aplicarían a situaciones de agonía, sino a enfermos que no se encuentran en esa situación.

2. También se define «personas en proceso final de la vida» como

*Personas afectas de una enfermedad o estado incurable e irreversible, o que se encuentren en situación terminal o de agonía.*²¹

Esta 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».

3. En lo que se refiere al término «muerte digna» existe una manipulación del lenguaje. Se afirma que «la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas de eutanasia»²². Sin embargo, **retirar medidas de soporte vital de modo inadecuado o aplicar sedaciones contraindicadas es contrario a la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, pudiendo estas prácticas ser calificadas directamente de eutanasia encubierta o de muerte intencionada**²³.

¹⁹ Art. 31 de la Ley de Andalucía, art. 31 de Proposición de Ley de Aragón y art.32 de la Proposición de Ley Foral.

²⁰ Literales O) de los arts. 5. de la Proposición de Ley de Aragón y de la Ley de Andalucía.

²¹ Literal K) del art. 5 de la Proposición de la Ley Foral de Navarra.

²² Exposición de Motivos, capítulo II de la Ley de Derechos y Garantías de la dignidad de la Persona en el proceso de la muerte de Andalucía.

²³ En este mismo sentido, la Organización Médica Colegial (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) han propuesto que desaparezca la denominación de “Muerte Digna” en el título de la nueva norma que el gobierno propone sacar para el 2011 para ser sustituida por la de «Calidad en la atención al final de la vida». Según el documento «los términos empleados inicialmente (“muerte digna” y “morir con dignidad”) tienen significados diversos y a veces contrapuestos, lo cual puede inducir a confusión». Recomendaciones de la OMC y SECPAL ante el Proyecto de ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna 2011:

4. Finalmente, se habla del derecho a los cuidados paliativos. El cumplimiento de este deber exigiría a las autoridades públicas el compromiso de dotar de medios presupuestarios a la red sanitaria para hacer efectivo este derecho básico de garantizar unos cuidados paliativos integrales y de calidad. Lo contrario sería como proponerse un fin sin establecer ningún medio para conseguirlo. **La ausencia de inversión presupuestaria revelaría un proyecto ideológico ajeno a la búsqueda de una mejora asistencial.**

[8] El procedimiento en caso de desacuerdo.

La Proposición de Ley Foral del Parlamento de Navarra²⁴ establece el procedimiento a seguir cuando el médico pretenda limitar el esfuerzo terapéutico y los familiares no estén de acuerdo y no existan voluntades anticipadas (testamento vital) del paciente.

Sin embargo, llama poderosamente la atención que, a la inversa, no se describa ningún procedimiento cuando sea el paciente o sus familiares los que exijan limitar el esfuerzo terapéutico en contra del criterio profesional del médico conforme a la *lex artis* o buena práctica médica.

Esto último podría llevar a que el personal sanitario, para evitar posibles conflictos, no ejerciera su imprescindible labor de asesoramiento y persuasión basada en su experiencia clínica, abandonando a los pacientes y a sus familiares a la arbitrariedad de las decisiones de éstos.

Por otra parte, aunque no hubiera peticiones expresas de acortar la vida, tal como dice el texto de la ley, el médico podrá establecer la *incapacidad de hecho* de un paciente para decidir cuando se constate:

que tiene dificultades para la comprender la información que se le suministra, si retiene defectuosamente dicha información, si no utiliza la información de forma lógica, si falla en la apreciación de las posibles consecuencias o si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla²⁵.

Por tanto, lo que se está propiciando en la realidad es que sea el personal sanitario el que finalmente tendrá el poder último de decidir cómo y cuándo pueden inducirse sedaciones o retiradas de soportes vitales que conduzcan al proceso de morir.

²⁴ Art. 21.3. de la Proposición de Ley Foral de Navarra.

²⁵ Art.20 Ley de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona en el momento de la muerte de Andalucía, art.20 de la Proposición de Ley Foral de Navarra y art. 20 de la Proposición de Ley de Aragón.

[9] Las sanciones a los profesionales y los Centros.



El médico de acuerdo a su juicio clínico, a la evidencia científica disponible, sus conocimientos y experiencia profesional sobre el estado clínico, gravedad y pronóstico, puede establecer la indicación de una determinada intervención sanitaria y considerar de modo adecuado que una intervención propuesta por un paciente, puede estar contraindicada y ser contraria a una correcta actuación profesional.

En este sentido, no es admisible determinar que *el obstáculo o el incumplimiento de la obligación de limitar las medidas de soporte vital*²⁶ (incluyendo la hidratación y la nutrición) sea tipificado de modo genérico como “*infracción muy grave*”. Por el contrario, de modo general, se considera que la aplicación de medidas terapéuticas ordinarias o cuidados básicos forma parte de la deontología y buena práctica médica, y que la limitación del esfuerzo terapéutico se refiere a las medidas extraordinarias y desproporcionadas.

Se tipifica también como infracción muy grave el incumplimiento del derecho a recibir cuidados paliativos integrales, sin tener en cuenta la falta de homogeneidad y universalidad del servicio existente actualmente en España. Dudamos mucho de que puedan aplicarse dichas sanciones mientras que la cobertura de los cuidados paliativos no alcance al 100 % de la población diana, lo que supondría una implantación progresiva que podría durar muchos años.

A su vez, en los textos analizados se obliga a sancionar al profesional que se oponga a un supuesto «derecho» a la sedación paliativa aplicada a voluntad del paciente. Sin embargo, es un deber clínico del médico considerar si se encuentra ante un caso de sedación terminal *no indicada, contraindicada o desproporcionada*, en cuyo caso no le es posible actuar conforme a la voluntad del paciente porque si lo hiciera vulneraría el Código Deontológico Profesional.

Tal como están contempladas las sanciones en los textos analizados, el médico queda en una clara situación de indefensión. **Si el objetivo es cuidar mejor de los pacientes se deberían eliminar todos los artículos que conlleven 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

²⁶ Art. 31 de la Ley de Andalucía, art 31 de la Proposición de ley de Aragón y art 32 de la Proposición de la Foral de Navarra. Andalucía.

hasta ahora siempre ha sido el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica, garantizando así que la aplicación de intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas sean adecuadas al proceso clínico.

Considerar la posibilidad de que los médicos lleguen a aplicar tratamientos incorrectos por solicitud de los pacientes o sus parientes, sería contrario al Derecho, a la buena práctica profesional y causaría un deterioro en la relación médico-paciente.

[10] La contradicción con Códigos y Leyes vigentes.

Los textos analizados no mencionan el Código Deontológico profesional como norma auxiliar del Derecho en la toma de decisiones médicas ni su papel en la valoración de la actuación profesional.

Además, establecen prácticas sanitarias que contravienen el artículo 143.4 del Código Penal²⁷ como, por ejemplo, la suspensión de medidas de soporte vital ordinarias y proporcionadas y una interpretación inadecuada de lo que es la sedación paliativa.

Es un deber clínico del médico detectar si se encuentra ante un caso de petición de sedación terminal *no indicada, contraindicada o desproporcionada*, no actuando en esa situación de modo conforme a la voluntad del paciente por entrar en conflicto con el Código Deontológico profesional y con el Código Penal.

Por otra parte, la Recomendación 1418/1999 del Consejo de Europa afirma que:

(...) el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por si mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida. (...)

Finalmente, la sociedad tiene, además, el deber de proteger a los grupos más vulnerables, como los discapacitados. Y estos colectivos han declarado en varias ocasiones el daño que se les hace cada vez que se habla de propiciar la muerte inducida, favoreciéndose así el

²⁷Art.143.4 Código Penal: El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

desánimo y el abandono sanitario ante situaciones transitorias de depresión o de desánimo explicables por las dificultades que conllevan diversas enfermedades irreversibles.

En este sentido, hay que recordar que **lo que verdaderamente pone a prueba la sensibilidad de una sociedad es en el cuidado y la atención que está dispuesta a dar a los seres más frágiles y vulnerables y en la garantía de proporcionar una Vida Digna hasta el final.**

¿LEY DE MUERTE DIGNA O
EUTANASIA ENCUBIERTA?

**10 CLAVES SOBRE LA
LEGISLACIÓN QUE VIENE**



II. Conclusiones

Con la excusa de que las sociedades actuales asisten a un aumento en la expectativa de vida y a un incremento en las enfermedades crónicas, algunos grupos parlamentarios se han planteado legislar unos derechos y garantías para una supuesta muerte digna, sin considerar que lo correcto sería desarrollar la legislación vigente. Concretamente, la *Ley básica de Autonomía del paciente*, la *Ley de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud*, la *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* y el *Código de Ética y Deontología Médica*.

Esta legislación permite conciliar equilibradamente la libertad del paciente, las obligaciones éticas del personal sanitario y las obligaciones institucionales. Entendemos que estas obligaciones institucionales consisten en garantizar de modo efectivo y real unos Cuidados Paliativos integrales, homogéneos y de calidad, aumentando su número y su dotación en todas las Comunidades Autónomas.

Por lo tanto, consideramos que no son necesarias las leyes autonómicas ni una ley estatal que regule la “muerte digna”.

La Asociación Profesionales por la Ética considera que si esta norma fuera finalmente tramitada, deberían tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

[1] Evitar manipulaciones del lenguaje tales como indicar que *la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas de eutanasia*. Por el contrario, retirar medidas de soporte vital de modo *inadecuado* o aplicar sedaciones *contraindicadas* son contrarias a la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

[2] Reconocer e incluir el 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 con las definiciones 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. Deberá aclararse que las medidas

ordinarias de soporte vital que sean cuidados básicos ordinarios y proporcionados de los pacientes no pueden considerarse «de obstinación terapéutica». La limitación del esfuerzo terapéutico debe referirse a la limitación de medidas de soporte vital extraordinarias y desproporcionadas.

|5| Definir los límites de la voluntad del paciente conforme a la buena práctica médica (*lex artis*) y los Códigos de Deontología de las profesiones sanitarias.

|6| No penalizar con sanciones a los profesionales sanitarios que actúen de acuerdo con la *lex artis*. El criterio guía para juzgar las actuaciones profesionales ha sido y debe seguir siendo el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica.

|7| Dotar del presupuesto necesario para mejorar los servicios sanitarios de las comunidades autónomas, en especial en 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 garantía de actuación conforme a la buena práctica clínica.

|9| Respetar el ideario propio de los Centros sanitarios.

|10| Reflejar la objeción de conciencia como garantía de los profesionales sanitarios si alguna petición de actuación atentara contra su conciencia, como recoge el derecho y la jurisprudencia constitucional, así como la reciente Resolución 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.

III. Lo que se pide al Gobierno

|1| Que la Ley Nacional ponga las bases para el análisis comparativo de las necesidades de Unidades de Cuidados Paliativos de las Comunidades Autónomas para realizar una adecuada y homogénea dotación presupuestaria para una atención sanitaria de calidad al final de la vida.

La ausencia de inversión presupuestaria revelaría un proyecto ideológico que no busca una mejora asistencial.

[2] Que se faciliten las ayudas, servicios y recursos sociales que los pacientes y sus familiares necesiten para garantizar una VIDA DIGNA hasta el final.

No deben primar los criterios economicistas en la asignación de recursos al final de la vida.

[3] Que se garantice el equilibrio entre las preferencias del paciente y el mejor interés del mismo, para evitar la aplicación de tratamientos que no estén indicados.

La autonomía debe ir siempre de la mano de la profesionalidad, la buena práctica médica y la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Cualquier ley que enfrente a ambos está haciendo un grave daño al propio paciente y a la sociedad.

[4] Que se garantice el derecho a no recibir sedaciones irregulares, con una adecuada definición que diferencie las sedaciones correctas frente a las incorrectas.

Existen sedaciones no indicadas (en pacientes en coma), desproporcionadas (sedaciones en dosis excesivas) y sedaciones contraindicadas, que deben definirse para no dar amparo a actuaciones eutanásicas

[5] Que se garantice en la Ley que ningún profesional sanitario sea sancionado por realizar cuidados básicos o actuar conforme a la ética profesional.

El criterio guía hasta ahora siempre ha sido el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (lex artis).

[6] Que el derecho a poder confiar en el personal sanitario esté garantizado hasta el final.

En las leyes autonómicas se está propiciando que el personal sanitario pueda tener finalmente el poder último de decidir cómo y cuándo pueden inducirse sedaciones o retiradas de soportes vitales que conduzcan al proceso de morir.

[7] Que conforme al Documento de Consenso de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) se denomine “Ley de Calidad en la atención al final de la vida”.

Los términos empleados (“Muerte digna” y “morir con dignidad”) “tienen significados diversos y a veces contrapuestos, lo cual puede inducir a confusión”.

[8] Que quede garantizado el derecho a que no exista ningún tipo de eutanasia encubierta.

IV. Derechos de los pacientes en la fase final de su vida

Una propuesta de Profesionales por la Ética es este decálogo de los Derechos de los Pacientes en la fase final de su vida. Pensado para salvaguardar su dignidad y su derecho a llevar una vida digna hasta el final.

El derecho a una VIDA DIGNA hasta el final que incluya los momentos cercanos a la muerte.

El derecho al desarrollo integral y homogéneo de los Cuidados Paliativos entre las diferentes Comunidades Autónomas.

El derecho a poder contar con médicos, enfermeros, psicólogos, rehabilitadores, trabajadores sociales, auxiliares clínicos, asistencia espiritual y de profesionales de ayuda domiciliaria con la coordinación necesaria para garantizar una Vida Digna hasta el final.

El derecho a la asignación de ayudas económicas, servicios y recursos sociales para el paciente en la fase final de su vida

El derecho a no recibir sedaciones irregulares.

El derecho a que no exista ningún tipo de eutanasia encubierta.

El derecho a poder confiar en el personal sanitario hasta el final.

El derecho a que los legisladores no diseñen leyes en las que primen los criterios economicistas sobre la atención

PROFE SIONALES POR LA ÉTICA

C/ Juan Bravo, 58 - 60 / E-25
28006 Madrid - SPAIN
Tel. +34 91 402 27 21
Fax. +34 91 309 32 28
info@profesionalesetica.org

www.profesionalesetica.org

¿LEY DE MUERTE DIGNA O
EUTANASIA ENCUBIERTA?

10 CLAVES SOBRE LA
LEGISLACIÓN QUE VIENE