



# 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 publicada el 26 de abril de 2010  
en el Boletín de las Cortes de Aragón

Zaragoza, 28 de Agosto de 2010



## I.- INTRODUCCIÓN

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

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 *“La presente Ley no contempla la regulación de la “eutanasia”, ¿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 mala 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 desconoce en este Proyecto de ley el derecho del personal médico y sanitario a la objeción de conciencia, reconocido por el Tribunal Constitucional?

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 el Proyecto de Ley que no caminamos hacia una implantación de la cultura de la eutanasia?



## II.- ANÁLISIS DEL TEXTO

En primer lugar cabría afirmar que el Proyecto de Ley sometido a debate en el Parlamento de Aragón 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 Aragón (Artículo 12).

Se exponen a continuación algunos puntos criticables de esta Ley:

- **Exposición de Motivos en la parte II**, se dice que *“no puede afirmarse que exista consenso ético y jurídico en determinadas situaciones como la de permitir al paciente que sufre solicitar ayuda para que otro termine con su vida”*. Existe absoluto consenso al respecto, y es que si un paciente solicita a alguien que termine con su vida, es porque no se ha intentado aliviar ese sufrimiento desde el punto de vista de los Cuidados Paliativos.
- **Artículo 4, apartado d:** *“La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor 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**. Si tenemos en cuenta que en Aragón la población actual es superior a **1.320.000 habitantes** (Fuente IAEST: Datos Básicos: Datos básicos de Aragón. Año 2009). Según esos cálculos, y las estimaciones de necesidad de cuidados paliativos, las tasas previstas de atención por parte de equipos específicos serían de 1.620 a 2.385 euros por habitantes y año, que en el caso de Aragón serían entre 2.100 y 3.100 millones de euros/año.
- **Artículo 5, apartado i) Obstinación Terapéutica.** En la definición de “obstinación terapéutica” se alude no sólo a acciones terapéuticas. Así, se condenan como “obstinación terapéutica” no sólo las medidas extraordinarias de soporte vital, como pueden ser la ventilación mecánica, la nutrición parenteral o la fluidoterapia intravenosa –que, efectivamente, pueden ser desproporcionadas en casos terminales-, sino incluso simples cuidados o medios de soporte vital ordinario como la comida y la bebida administradas oralmente o por sonda.



Es más en su propia definición, se incluye deliberadamente el que estas medidas abarquen medidas de soporte vital, lo cual aún refuerza más esta indefinición y esta 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, apartado 1) Sedación paliativa.** Es importante distinguir entre sedación paliativa y sedación en la agonía. La primera es toda aquella maniobra realizada con el fin de aliviar un sufrimiento causado por un síntoma refractario, o maniobra diagnóstica o terapéutica, mediante la disminución proporcional de la conciencia, y con un carácter previsiblemente reversible. Este tipo de sedación es frecuente utilizarla en el ámbito de los cuidados paliativos, por ejemplo para el momento de una cura traumática de una úlcera tumoral, o para procurar el sueño a un paciente en un momento determinado de crisis. Un tipo de sedación paliativa es la **sedación en la agonía**, que es toda aquella sedación paliativa que se practica en un entorno de agonía del paciente, y que previsiblemente no va a ser reversible.

Asímismo, es importante recordar 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 un tratamiento que entra en contradicción con la *lex artis*, y que explica la objeción de conciencia del médico ante peticiones del paciente que entran en conflicto con el Código Deontológico profesional.

- **Artículo 5, apartado o) Situación Terminal.** La 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 eutanásicas que claramente están prohibidas por el actual código penal, en su articulado, (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 una serie de **sanciones**, aunque sean de tipo administrativo, para una serie de comportamientos cuyo seguimiento obligaría 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 ley.

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 14. Derecho del paciente a la administración de sedación paliativa.** *“El paciente en situación grave e irreversible, terminal o de agonía que padece un sufrimiento refractario tiene 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.



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, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 6/2002, de 15 de abril, 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 intentan hacer 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; la redacción claramente obstaculiza claramente el ejercicio de un derecho reconocido en la Constitución Española 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.

- **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.

Además, en 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.

- **El artículo 23.2. Acompañamiento del paciente.** 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 médico tiene la responsabilidad de facilitar que el paciente tenga acceso al auxilio espiritual que requiera.
- **El artículo 26. Estancia en habitación individual para personas en situación terminal.** 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.
- **Por último, en el artículo 31,** referente a las infracciones muy graves, se tipifica como tal al incumplimiento al derecho de recibir cuidados paliativos, así como al acompañamiento y a recibir la sedación paliativa. La pregunta puede ser: ¿esa sanción la recibirá el gerente de la zona de salud que no va a poder satisfacer dichos derechos, al día siguiente de aprobarse la Ley?

Dudamos mucho de que puedan aplicarse dichas sanciones mientras que la cobertura de los cuidados paliativos no sea del 100 %, y esto no va a pasar en varios años. A su vez obliga a sancionar la falta de sedación paliativa aplicada a voluntad del paciente, cuando 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 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 (es un tema considerado como eutanásico y contrario por lo tanto al código penal, que a su vez impone sanciones por su aplicación).

No penalizar, por tanto, con sanciones a los profesionales sanitarios que actúen de acuerdo con la *lex artis*. Eliminar el artículo 31a, 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).



### III.- CONCLUSIONES

Resumimos finalmente los aspectos a nuestro juicio necesariamente mejorables del Proyecto de Ley:

- 1.- Mención explícita del derecho al respeto del ideario de los centros sanitarios.
- 2.- Inclusión del Código Deontológico profesional como referencia en la toma de decisiones médicas (la deontología profesional como referencia en la toma de decisiones médicas).
- 3.- Ponderación de los límites de la voluntad del paciente, en relación con la *lex artis* de las profesionales sanitarias y el código penal, de obligado cumplimiento.
- 4.- 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.
- 5.- 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”.
- 6.- No penalizar con sanciones a los profesionales sanitarios que actúen de acuerdo con la *lex artis*. El criterio guía es el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (buena praxis).
- 7.- Clarificación del papel y el proceso de acreditación de los Comités de Ética Asistencial.
- 8.- Dotación presupuestaria que mejore los servicios sanitarios de nuestra Comunidad, en especial el ámbito de los cuidados paliativos.
- 9.- Inclusión explícita del respeto al derecho de objeción de conciencia del personal sanitario y no sanitario que preste servicios directamente relacionados con el proceso de la muerte, que no precisa reconocimiento regulador específica, puesto que tiene su propio reconocimiento en el ejercicio de la libertad de conciencia ya presente en el derecho constitucional (Artículo 16 de la Constitución Española).