

# CARTA AL DIRECTOR



Gac Med Bilbao. 2019;116(2):96-99

## Consideraciones sobre la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el día 21 de mayo de 2018

Gutiérrez-Alonso Elena

(a) *Osakidetza, Hospital Universitario Basurto, Comité de Ética Asistencial, Bilbao, Bizkaia, España*

Recibido el 20 de diciembre de 2018; aceptado el 6 de mayo de 2019

### PALABRAS CLAVE

Asistencia médica para morir.  
Suicidio médicamente asistido.  
Eutanasia.  
Voluntades anticipadas.  
Decisiones en el final de la vida.  
Derecho a morir.

### Resumen:

En el momento actual y a la luz de la experiencia que ofrecen los países de nuestro entorno cultural en los que se ha legislado sobre la Asistencia Médica para Morir (AMM), consideramos la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el día 21 de mayo de 2018, acertada en su conjunto. Nos parece además que contempla de forma adecuada determinados aspectos de este tema, en orden a evitar situaciones problemáticas que se han sufrido en otros países con la aplicación de sus respectivas legislaciones. Hemos de señalar no obstante algunas objeciones en cuanto a terminología y una cuestión sobre el procedimiento que nos parecen relevantes.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Assisted dying.  
Physician-assisted suicide.  
Euthanasia.  
Advance directives.

**Work on the Bill of the Organic Law on Regulation of Euthanasia, which was put forward by the Parliamentary Group of the Socialist Party and published in the Official Gazette of the Spanish Parliament on 21st May 2018**

### Abstract:

We presently consider the Bill of Organic Law on Regulation of Euthanasia, which was put forward by the Parliamentary Group of the Socialist Party and published in the Official Gazette of the Spanish Parliament on 21st May 2018, appropriate as a whole, in the light of the experience of those countries in our cultural environment where legislation

on Physician Assistance in Dying has been adopted. We also regard its approach to certain aspects of the subject matter as correct, in order to avoid the problems already arisen in the countries mentioned when their laws were enforced. However, we do make a number of objections to its terminology, and a question of procedure should be addressed.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

End-of-life decisions.  
Right to die.

### **Eutanasia arautzeko Lege Organikoaren Proposamenari buruzko gogoetak. Proposamena Sozialisten Talde Parlamentarioak aurkeztu zuen, eta 2018ko maiatzaren 21ean argitaratu zen Gorte Nagusietako Aldizkari Ofizialean**

#### **Laburpena:**

Gaur egun, eta gure ingurune kulturean Hiltzeko Asistentzia Medikoari buruzko araudia duten herrialdeetako esperientzia kontuan izanik, egokia iruditzen zaigu, oro har, eutanasia arautzeko Lege Organikoaren Proposamena, Sozialisten Talde Parlamentarioak aurkeztu eta Gorte Nagusietako Aldizkarian maiatzaren 21ean argitaratua. Era berean, gai honetako zenbait arlo behar bezala jasotzen dituela iruditzen zaigu, beste herrialde batzuetan, bertako araudiak aplikaturik, izan dituzten bezalako arazoak ekiditeko. Hala ere, adierazi behar dugu zenbait objektzio dugula terminologiari buruz, eta prozedurari buruzko arlo bati buruz ere bai, garrantzitsuak iruditzen zaizkigu eta.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

#### **GILTZA-HITZAK**

Hiltzeko laguntza medikoa.  
Medikuak lagundutako suizidioa.  
Eutanasia.  
Aurretiazko borondateak.  
Bizitzaren amaierako erabakiak.  
Hiltzeko eskubidea.

En el momento actual y a la luz de la experiencia que ofrecen los países de nuestro entorno cultural en los que se ha legislado sobre la asistencia médica para morir (AMM), consideramos la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia<sup>1</sup> acertada en su conjunto. Nos parece además que contempla de forma adecuada determinados aspectos de este tema, en orden a evitar situaciones problemáticas que se han sufrido en otros países con la aplicación de sus respectivas legislaciones. Hemos de señalar no obstante algunas objeciones en cuanto a terminología y una cuestión sobre el procedimiento que nos parecen relevantes.

Señalamos en primer lugar lo que a nuestro juicio son aciertos en particular dentro de la redacción de la Proposición. Después indicaremos las objeciones, matices y cuestión sobre el procedimiento que, entendemos, se debieran revisar.

Así, nos parece un acierto que en las condiciones para solicitar la prestación de ayuda para morir —artículo 5— se señale sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica—punto 4—. Nos parece adecuada esta expresión que no se limita a la situación de enfermedad, sino que incluye también la discapacidad y que no exige la condición de terminalidad. Es un hecho repetidamente probado que personas con discapacidad grave crónica y sin estar en situación de terminalidad experimentan un sufrimiento que, a su parecer, les impide vivir de forma aceptable.

También consideramos un acierto el hecho de poder solicitar la ayuda para morir en un documento de instrucciones previas —artículo 6—. La experiencia en los lugares donde no se ha tenido en cuenta esta posibilidad en la legislación es que ello da lugar a graves problemas. A este respecto se puede consultar el informe *BILL C-14 one*

*year later*<sup>2</sup>, elaborado por Dying With Dignity Canada, sobre la aplicación de la Ley C-14 en Canadá, ley que no contempla la posibilidad de solicitud de AMM en documento de voluntades anticipadas. En este informe se explica cómo los pacientes están obligados a mantener la consciencia y la capacidad hasta el momento mismo de solicitar y ser aplicada la ayuda médica para morir, lo que supone que hasta ese momento renuncian a tratamientos de analgesia y otros de confort, lo que significa que en muchas ocasiones sufren dolor y angustia que hubieran podido evitarse si hubiera sido posible solicitar la ayuda con antelación al momento preciso de su aplicación.

En este mismo orden de argumentación, en el informe de *Death with Dignity*<sup>2</sup> del Estado de Oregón, referido a los años 1998 a 2016, se explica cómo uno de cada tres pacientes que en Oregón obtuvieron la prescripción de las drogas necesarias para su suicidio no las utilizaron, pero el hecho de tener en su poder la posibilidad de hacerlo proporcionó a estos pacientes tranquilidad y sensación de control, lo que les permitió vivir sus últimos días con mayor confort.

Señalamos específicamente estos dos puntos como aciertos en la Proposición porque obvian situaciones problemáticas conocidas y repetidamente presentadas en el contexto sobre el que reflexionamos.

Nos parece asimismo correcta la expresión “Prestación de ayuda médica para morir”, tal como se define en el punto 6 del artículo 3 —Definiciones— y que se utiliza repetidamente en el texto

**Artículo 3, punto 6.** Prestación de ayuda para morir. Se señalan dos modalidades:

- a) administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte.

- b) prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

Este lenguaje concuerda con el de la legislación de los países que recientemente han legislado al respecto, como Canadá (2016) o el Estado de Victoria en Australia (2017). En los textos aprobados<sup>2</sup> se otorga a los ciudadanos el derecho a la asistencia médica para morir, lo que incluye la prescripción o la administración de una sustancia.

Pasamos ahora a exponer lo que no nos parece correcto en la redacción de la Proposición de Ley. Es en el apartado de *Exposición de motivos* donde pensamos que es necesario rectificar determinadas expresiones en orden a clarificar conceptos.

**Exposición de motivos.** En los primeros párrafos hay una referencia, sin duda a Suiza, que no es correcta. Dice “los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que en quien la realiza no existe una conducta egoísta. El Código Penal suizo en su artículo 115 penaliza la incitación y la asistencia al suicidio cuando se hace por un motivo egoísta. En Suiza la eutanasia es una acción castigada penalmente, no se ha despenalizado, lo que sucede es que no está penalizada la ayuda al suicidio siempre que no sea por motivos egoístas.

La redacción del texto en este apartado resulta confusa. En las primeras líneas se define eutanasia como “acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento” y a continuación matiza “en nuestra doctrina bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo de eutanasia a aquella que se produce de manera activa y directa”. Sin embargo, unos párrafos después habla de “conductas eutanásicas” para referirse a la eutanasia y al suicidio médicamente asistido, utilizando el adjetivo “directa” referido a la eutanasia, cuando previamente se ha especificado que dicha condición es una de las notas constitutivas del concepto de eutanasia en la actualidad y dejando sin aludir de forma explícita el concepto de suicidio médicamente asistido.

La diferencia entre eutanasia y suicidio médicamente asistido tiene tanta relevancia como para que en todos los Estados de EE. UU. en que existe legislación sobre la asistencia médica para morir ésta sea con la forma de suicidio médicamente asistido y no de eutanasia. Es decir, los médicos allí prescriben drogas a los pacientes que las solicitan cumpliendo una serie de requisitos, pero no las administran.

En nuestro país, el grupo de trabajo de “Atención médica al final de la vida”, de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, define los conceptos de eutanasia y de suicidio médicamente asistido<sup>3</sup> señalando claramente las notas que los constituyen y en consonancia con la doctrina jurídica de los países de nuestro entorno cultural.

Por tanto nos parece inadecuado hablar de “conductas eutanásicas” y dejar en la ambigüedad algo tan esencial en este asunto como es la transitividad del acto. En la eutanasia el médico administra al paciente las drogas que ponen fin a su sufrimiento acabando con su vida; en el suicidio médicamente asistido el médico prescribe dichas drogas, no las administra, es el paciente quien se las administra a sí mismo.

También nos parece que se presta a confusión el término “contexto eutanásico” y todo el párrafo que sigue. En la redacción actual parece que no se dejara lugar al suicidio médicamente asistido, se quita protagonismo al paciente cuya figura como agente autónomo queda desdibujada.

Nos parece pues necesario modificar la redacción en la *Exposición de motivos* para eliminar las expresiones “conductas eutanásicas” y “contexto eutanásico”, que tal y como están redactadas dan lugar a la confusión entre los conceptos de eutanasia y de suicidio médicamente asistido.

Pensamos que es necesario definir el concepto de suicidio médicamente asistido para evitar una ambigüedad en lo que se refiere a la transitividad del acto. A este respecto nos remitimos a la definición del anteriormente mencionado grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida”, de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

En cuanto a la cuestión de procedimiento a la que hacemos referencia al comienzo de este texto, se trata del control previo que se establece en el artículo 15.

**Capítulo III, artículo 9.** Deberes y obligaciones del médico y médica responsable de la prestación de la ayuda médica para morir.

En el punto 6 se especifica que el médico o la médica responsable de la prestación deberá consultar a otro facultativo que no forme parte del equipo médico, el cual deberá corroborar que se cumplen los requisitos que establece la ley y deberá redactar un informe. Este requerimiento existe en todas las legislaciones sobre AMM.

Nos ha sorprendido lo expresado en el punto 9: antes de la realización de la prestación, el médico responsable está obligado a ponerlo en conocimiento de la Comisión de Evaluación y Control al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 15.

**Artículo 15.** Control previo de las condiciones establecidas en esta ley para el ejercicio del derecho.

En este artículo se especifica que la Comisión de Evaluación y Control revisará cada solicitud de AMM antes de llevarse a cabo. Nos parece que este control lleva consigo una ruptura del círculo de confidencialidad del paciente con el entorno asistencial, ya que según reza el segundo párrafo del artículo 15 los dos miembros designados de la Comisión (médico y jurista) tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica e incluso se podrán entrevistar con el paciente. No nos parece pertinente esta injerencia externa en la relación del paciente con el equipo que le asiste.

Pensamos además que este requerimiento de control previo puede burocratizar en exceso el procedimiento. Hay que señalar que este requisito no existe en ninguna de las legislaciones actualmente vigentes sobre AMM, siendo que las Comisiones de Evaluación y Control revisan la documentación a posteriori en todos los casos.

**Financiación**

Sin financiación.

**Conflicto de intereses**

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

**Bibliografía**

- 1 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Congreso de los diputados. 21 de mayo de 2018. Num: 270-1. [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF).
- 2 Los documentos mencionados se pueden consultar en la página web de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD). <https://derechoamoris.org>.
- 3 Gómez-Sancho M, Altisent-Trota R, Bátiz-Cantera J, Ciprés-Casasnovas L, Gándara-del-Castillo A, Herranz-Martínez JA et al. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gaceta Médica de Bilbao. 2015; 112(4):216-218.