

Proyecto de Ley Reguladora de los Derechos de las Personas en el Proceso del Final de la Vida

Informe Jurídico elaborado para el Consejo de Estado de España por la Asociación Española de Abogados Cristianos (selección)

La Situación Actual.

El **artículo 15** de la **Constitución Española** (C.E.) consagra la **protección jurídica de la vida**.

Artículo 15.

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra.

Del mismo modo, el **artículo 43** de la **C.E.** además de reconocer el derecho a la protección de la salud señala la **responsabilidad de la Administración en la tutela de la salud pública**.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Estos derechos básicos han sido desarrollados posteriormente por la Ley básica 14/1986, de 25 de abril, (Ley General de Sanidad) y completada con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta última norma reconoce el derecho de autonomía del paciente, el derecho a decidir libremente recibir un tratamiento o a negarse al mismo (salvo casos previstos en la Ley). El derecho de autonomía puede expresarse de manera anticipada mediante un —documento de instrucciones previas—. También obliga al médico en materia de información (por ejemplo el consentimiento informado) y documentación clínica (completada con la Ley de Protección de Datos).

A esta normativa reguladora se añade la normativa punitiva. **El artículo 143** del **Código Penal** determina meridianamente los actos de inducción al suicidio y de eutanasia:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. 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.

Con este conjunto normativo parece claro que la **protección de la salud** es vista por el conjunto de legisladores y la población, que lo entiende como un **derecho básico reconocido en la Constitución Española, como un bien jurídico a proteger**. No faltan, sin embargo, **quienes pretenden buscar resquicios** e interpretaciones de esta normativa **que justifiquen actos de ataque contra la integridad de las personas**. Frente al deber de los profesionales de la medicina de salvaguardar la integridad física, aplicando los mejores conocimientos de la medicina actual y basándose en una actuación ética, determinados grupos políticos pretenden modificar esta conducta e impedir el correcto trabajo de estos profesionales. 12

El falso "Derecho a morir" y los límites a la autonomía del paciente.

Queda suficientemente argumentado con la legislación previamente mencionada, que **no existe en España un "Derecho a morir"**. Es más, en varias sentencias del **Tribunal Constitucional se define** la doctrina de **defensa de la vida y la integridad física** frente al supuesto derecho subjetivo de quitarse la vida.

"El derecho a morir no está regulado constitucionalmente; no existe en la Constitución la disponibilidad de la propia vida como tal" (J. A. Belloch, exministro de Justicia de España 1993-96).

Si existiera este derecho absoluto sobre la vida, existirían otros derechos como la posibilidad de vender los propios órganos o de aceptar voluntariamente la esclavitud.

El propio **TC señala que "no es posible admitir que la Constitución garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte"** (...) ya que —la decisión de arrostrar la propia muerte no es un derecho sino simple manifestación de libertad genérica. (STC 137/90, 19 de julio, BOE 30 julio, FJ 5º; en idéntico sentido, STC 120/1990, de 27 junio, FJ 7º, BOE 30 julio y STC 154/2002, de 18 de julio de 2002, FJ 12º, BOE 7 agosto).

Así en la **Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990**, de 27 de junio, dictada con motivo de la alimentación forzada a algunos terroristas de los GRAPO, en su Fundamento de Derecho número 7 señala lo siguiente:

(...) Tiene, por consiguiente, **el derecho a la vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte**.

(...) no es posible admitir que la Constitución garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coactiva es contraria a ese **derecho constitucionalmente inexistente**.

Igualmente, la sentencia del **Tribunal Constitucional STC 53/1985** afirma:

—El derecho fundamental a la vida, en cuanto derecho subjetivo (...) impone a esos mismos poderes públicos y, en especial, al legislador, el **deber de adoptar las medidas necesarias para proteger esos bienes, vida e integridad física**, frente a los ataques de terceros, sin contar para ello con la voluntad de sus titulares e incluso cuando ni siquiera quepa hablar, en rigor, de titulares de ese derecho. (STC 53/1985, FJ 2º)



El **Tribunal Europeo de Derechos Humanos** también acumula jurisprudencia en este sentido. Tal es el caso de Pretty contra el Reino Unido. La señora P., que se encontraba paralizada y padecía una enfermedad degenerativa incurable, solicitaba por parte del «Director of Public Prosecutions» conceder a su marido una inmunidad de diligencias si la ayudaba a suicidarse. El **alto Tribunal de Estrasburgo** se pronunció en el sentido no solo de rechazar esta hipótesis, de acuerdo al artículo 2º de la Convención Europea, sino que afirma:

[...] El artículo 2.1 **obliga al Estado no solamente a abstenerse de matar de forma intencionada e ilegal, sino también a tomar las medidas necesarias para proteger la vida de las personas que dependen de su Jurisdicción** (ver Sentencia L. C. B. contra Reino Unido de 9 junio 1998 [TEDH 1998, 80], Repertorio de sentencias y resoluciones 1998-III, pg. 1403, ap. 36). Esta obligación va más allá del deber primordial de asegurar el derecho a la vida estableciendo una legislación penal concreta, disuadiendo de cometer ataques contra la persona y basándose en un mecanismo de aplicación concebido para prevenir, reprimir y sancionar las violaciones. 13

El fin de la sanidad es la salud del paciente y la atención sanitaria para aliviar su dolor. Por ello tiene sentido la dicción del Artículo Diez de la Ley 14/1986, de

25 de abril, General de Sanidad, cuando afirma que: —Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias...Catorce.- A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.¶

Por otro lado, se ha abogado por la autonomía del paciente como principio rector de la toma de decisiones en torno a la salud. Pero, al menos hasta el momento actual, **la autonomía del paciente se ve limitada por el propio ordenamiento jurídico y por la Lex Artis**. Así lo establece el art. 11 de la referida Ley de Autonomía del Paciente. Sin embargo, como detallaremos más adelante, esta es una de las puertas traseras por las que intenta crearse un coladero para las prácticas eutanásicas al eliminar esta limitación en el nuevo proyecto de ley.

Así, se concluye que en nuestro ordenamiento jurídico español los derechos se regulan en la Constitución Española, y ésta no recoge nada relacionado con derecho —a morir¶, que por lo tanto no existe, al igual que no existe el derecho al aborto.

El proceso español hacia una eutanasia activa. La “Hoja de Ruta”.

Paso 1. La confusión del lenguaje.

Eutanasia activa y eutanasia pasiva. Eutanasia genuina. Eutanasia directa e indirecta. Eutanasia voluntaria e involuntaria. Distanasia. Ortotanasia.

Crear confusión en los términos es una vieja táctica para alcanzar una conclusión prefijada. Si aceptamos el nombre de eutanasia a entidades que conceptualmente son otra cosa facilitaremos la aceptación del término como algo positivo.



Partiendo del hecho etimológico de —eutanasiar que vendría a significar —el buen morir. ¿Acaso alguien desearía un mal morir? Hay cierta paradoja en el empleo de este término.

Además puede complicarse confundiendo entre acciones u omisiones. Confundir entre el efecto deseado de una intervención y las consecuencias o complicaciones que pueden derivarse de esa intervención. Así merece especial atención el considerar el término de: eutanasia activa indirecta que pretende establecerse como aquellos tratamientos médicos encaminados a mitigar el padecimiento del paciente terminal aunque esos tratamientos deriven en un acortamiento de la vida del enfermo.

Como vemos, este concepto engloba ideas de cuidados paliativos, alivio del sufrimiento y resultados adversos. Se trata pues de una idea confusa que alberga conceptos positivos de la atención al paciente terminal dentro del concepto de eutanasia.

No se sorprendan a partir de ahora si encuentran con frecuencia en determinados foros jurídicos este concepto. 14 Por este motivo la Organización Médica Colegial recomendó concretar el término eutanasia a la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa o reiterada de ésta.

Por este motivo la Organización Médica Colegial recomendó concretar el término eutanasia a la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa o reiterada de ésta.

Se debe abandonar el término eutanasia con otras connotaciones para evitar confusión.

Paso 2. La impunidad del delito.

El caso de los Países Bajos es paradigmático en este punto.

Pongamos por caso que la velocidad máxima para circular por una carretera es de 120 km/h. Si cuando se rebase esa velocidad el sujeto que infrinja esa ley es castigado pondrá cuidado en no rebasarla la siguiente vez. Si en vez de eso sólo es multado cuando rebase la velocidad de 160 Km/h el subconsciente colectivo entenderá que en realidad lo delictivo es circular a 160 km/h y que es moral hacerlo porque no seremos castigados por ir a 140 km/h. Esto que se aplica un problema con no demasiada importancia es lo que se ha venido haciendo con temas capitales que incluyen el derecho a la vida. Si algo que el conjunto entiende que no es correcto pero se permite acabará calando la idea de la licitud del acto. Incluso acabará convirtiéndose en un —Derecho irrenunciable.

La hipótesis aquí expuesta se confirma por si sola releendo lo expuesto del caso Holandés y Belga.

Paso 3. Las garantías del proceso...

En el caso de una eventual ley de eutanasia en España ya se indicará que ésta va dirigida a solucionar el problema de un grupo de población concreto y que de llevarse a cabo contará con todas las garantías jurídicas para evitar abusos. Estos son algunas de las garantías propuestas por juristas de reconocido prestigio:



1º Asegurar el mayor grado de —libre consentimiento ll. Está bien a priori, pero incumplido en la práctica en países donde existe legalización de la eutanasia como hemos visto en los recientes reportes médicos.

2º Mayores de edad y residentes en España. Tratarían de evitar un turismo eutanásico. Poco creíble en un sistema de salud universal...

3º La regulación debería exigir que fueran médicos . Esto bien podría ser de otra manera, ya que por ejemplo, en las ejecuciones por pena capital el verdugo es un funcionario del Estado y el médico únicamente certifica el acto. Siendo médicos, con la excusa de la garantía procesal evitamos darle el valor de ejecución que tiene el acto eutanásico.

4º Establecer un plazo desde el consentimiento hasta el acto eutanásico. El problema es cuánto tiempo es necesario para determinar que una decisión es permanente dado que no tiene marcha atrás. De la experiencia Holandesa se extrae que en ocasiones pasan menos de veinticuatro horas antes de proceder a la —finalización ll.

5º Arbitrar un control a posteriori. Esto iría claramente dirigido a revisar que se cumple el procedimiento legal, se adjunta la documentación, etcétera. No se plantearán si se ha procedido a dar eutanasia sin justificación médica. 15

Paso 4. La justificación jurídica. De la impunidad al “derecho”.

Una vez se hallan acumulado suficientes casos de impunidad del delito se solicitará al Tribunal Constitucional que elabore un informe aunando diversas sentencias en esta materia. No faltan —jurisconsultos ll que ya se han atrevido a diseñar la argumentación jurídica de este Tribunal, para, una vez más, reinterpretar las Leyes conforme al —momento político ll.

Veamos algunos ejemplos de interpretaciones posibles:

El artículo 1.1 de la C.E. reconoce que la libertad es un valor del ordenamiento jurídico.

El artículo 10.1 afirma el libre desarrollo de la personalidad como fundamento del orden político y de la paz social.

El artículo 15 consagra el derecho a la vida TAMBIÉN a la integridad física y MORAL.

El artículo 16 reconoce la libertad religiosa e ideológica e IMPLICITAMENTE la Libertad de conciencia.

Como vemos, estos artículos definen bienes jurídicos a defender incluso frente aquel único necesario para poder ejercerlos.

El Proyecto de ley: Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida

1. Destierra el Derecho a la Vida

Recientemente se ha publicado este Proyecto de Ley que requiere un detallado análisis por los planteamientos que como novedad introduce en el ordenamiento jurídico.

En la exposición de motivos del proyecto se toman el artículo 10 de la C.E. (desarrollo de la personalidad) por encima y con matices del artículo 15 (Derecho a la vida). Como explicábamos anteriormente, esta apreciación no es baladí, ya que en cierto modo **busca poner en la balanza ambos bienes jurídicos: la dignidad y desarrollo de la personalidad frente al derecho a la vida, a favor del primero y en detrimento del segundo.**



Olvida el artículo 10.2 de la C.E. y desoye la jurisprudencia en materia de Derechos Humanos internacional y europea.

Paradójicamente establece la –seguridad jurídica– como uno de los fundamentos de esta Ley a pesar de conseguir en su articulado precisamente lo contrario.

EL Proyecto de Ley **evita alusiones al derecho a la vida**, lo cual da muestras evidentes de cómo intencionadamente relega este derecho fundamental. 16

2. Puntos clave: eliminar la “lex artis” y permitir la sedación irregular.

Pero aunque daría para largas discusiones jurídicas y filosóficas la exposición de motivos de la presente ley, **los puntos clave son dos: Un concepto ilimitado de la autonomía del paciente y el reconocimiento de la sedación terminal como un derecho individual y no como un procedimiento médico sujeto a indicaciones y contraindicaciones.**

La eliminación de los límites a la autonomía del paciente y la aplicación universal de la sedación terminal sin control es la condición necesaria para **crear una situación de indefensión jurídica del médico**, que ha de actuar como actor pasivo y no como parte del acompañamiento del proceso. Además, este principio de aplicación de la sedación terminal a petición del paciente sería de obligatorio cumplimiento en todos los centros de asistencia médica, tanto públicos como privados.

La modificación del artículo 11º de la Ley y 41/2002 (conocida como Ley de Autonomía del Paciente), por el que ninguna instrucción o deseo del paciente será contrario al ordenamiento jurídico o a la –Lex Artis–, esto es conforme a una serie de prácticas generalmente aceptadas para tratar una enfermedad, es la condición necesaria para que se produzcan abusos. **Así, el proyecto de Ley elimina el criterio del profesional que pasa a ser sujeto sin voz ni voto en decisiones trascendentales de salud de sus enfermos.** Desde la perspectiva del proyecto de Ley, la autonomía del paciente se vuelve absoluta, no para elegir el tratamiento más adecuado propuesto por el equipo médico, entre distintas opciones posibles, sino para **imponer a los profesionales la práctica de procedimientos inadecuados a su situación.**

Posteriormente crea un derecho individual, el derecho a la sedación terminal. Pasa de ser un procedimiento médico, con unas indicaciones definidas, a un derecho exigible más allá de las consideraciones médicas. Aquí radica el problema. Los avances médicos en el tratamiento del dolor han llevado a la creación de unidades especializadas capaces de aliviar los dolores más intensos. **La sedación es una herramienta más del médico para aliviar el sufrimiento, no un procedimiento a solicitar por un paciente o su familia.** Sin embargo, el sufrimiento no siempre es igual a dolor, y la angustia asociada a la enfermedad requiere de un entorno de apoyo psicológico y social más que a facilitar la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos.

El enfermo, por lo general, no es un experto en medicina y, por muy completa que sea la información que en cada caso recibe, no tiene la competencia médica que le permita tomar la decisión. En cambio, sí tiene la competencia para buscar y encontrar un médico en el que poner su confianza.

Es más, por esta vía, la de **la autonomía del paciente, se puede llegar a solicitar incluso una sedación irregular no por padecer graves**



padecimientos físicos, sino también psíquicos e incluso de "sufrimiento existencial", esto es, por falta de expectativas vitales que hagan —que merezca la pena vivir. Este planteamiento sobrevuela una Ley que pierde la oportunidad de articular unos cuidados paliativos eficaces y un apoyo social del enfermo crónico.

3. Términos ambiguos y confusos.

La exposición de motivos señala que, a pesar de lo propicia que considera la práctica de la eutanasia, este concepto ha sufrido un inmerecido menoscabo y es necesario introducir otra terminología, en consecuencia, se admite que en todo el proyecto de ley no se va a emplear dicho término. 17 Producir la muerte de los pacientes.

No obstante, **sostiene que son características básicas de la eutanasia:**

Producir la muerte de los pacientes.

Realizarse a petición expresa e informada

Llevarse a cabo en un contexto de sufrimiento incurable

Realizarse por un profesional sanitario

De este modo, al margen de eufemismos, podemos referirnos a prácticas eutanásicas aunque no lo designemos con dicho nombre, siempre que reúnan una serie de circunstancias como las anteriormente indicadas.

Y es lo que hace el propio proyecto de ley a lo largo de todo su articulado, al señalar las características de lo que llama —proceso final de la vida:

- **(producir la muerte de los pacientes) "evitando la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas de soporte vital carentes de utilidad clínica, en atención a la cantidad y calidad de vida futuras del paciente"**.

- **la voluntad será informada.**

- **se lleva a cabo ante un proceso irreversible y eventualmente doloroso**

- **(Es realizada por un profesional sanitario) "el personal sanitario adecuará el esfuerzo terapéutico de modo proporcional a la situación del paciente"**

De este modo, el presente proyecto de ley **evita emplear una expresión que podría resultar demasiado "ilustrativa" y que además se haya tipificada como delito** en el código penal, empleando otro vocabulario que viene a equivaler a una realidad idéntica, para, al mismo tiempo, **ahorrarse el procedimiento y las garantías legales necesarias para legalizar dicha conducta criminal en el código penal.**

El propio proyecto lo subraya claramente. Se pretende, de tal forma, asumir legalmente el consenso generado sobre los derechos del paciente en el proceso final de su vida, **sin alterar, en cambio, la tipificación penal vigente de la eutanasia o suicidio asistido**, concebido como la acción de causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, aspecto ajeno a los regulados en la presente ley.

La ley se refiere a prácticas de **eutanasia** en caso de cooperación activa, pero hemos de especificar que la misma se entiende tanto para conductas activas, como omisivas, es decir, **tanto la administración de un producto letal,**



como la retirada de tratamientos proporcionados e imprescindibles para la supervivencia del enfermo.

El Mundo (07/01/1999) publicó: —La policía británica investiga 50 muertes por eutanasiall. Diversos hospitales han sido acusados de haber retirado el serum intravenoso a sus pacientes, mientras estaban sedados, y de haberles causado la muerte por deshidratación. El doctor Gillian Craig dijo sobre la cuestión: —En algunas ocasiones, sedar a un paciente y deshidratarlo equivale a eutanasia. El agua y los alimentos constituyen una necesidad básica y no se pueden considerar un tratamiento que los médicos pueden conceder o retirar cuando quierenll. 18

4. Subjetividad peligrosa

La ley señala que —evitará la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas de soporte vital carentes de utilidad clínica, en atención a la cantidad y **calidad de vida** futuras del pacientell.

Otro **error de la Ley, inadmisibile, es asociar el dolor y la enfermedad como elementos que menoscaban la dignidad humana**: —procesos terminales, degenerativos e irreversibles, dolorosos y comprometedores de la dignidad personal de quienes lo sufrenll. El dolor y la enfermedad no alteran la dignidad de las personas. Lo que las personas han sido en su vida, las relaciones que han tenido no hacen sino aumentar nuestra conciencia de una mayor atención al acompañamiento del sufriente.

Hoy día manejamos con frecuencia en medicina el término calidad de vida. Pero sería un grave error **pretender medir la calidad de una persona por signos exteriores**: por su apariencia externa, por su vigor físico, etc. Podemos encontrar con alguien en plenitud de facultades físicas que, sin embargo, sea inmaduro, egoísta, de un trato insoportable... Y, en cambio, hay enfermos que están en una silla de ruedas o en la cama de un hospital y que rezuman serenidad, generosidad, alegría profunda, verdadera madurez, fortaleza. Personas así suponen un tesoro inestimable para la sociedad: son un estímulo para la solidaridad y, a la vez, ayudan enormemente a los que les rodean, con su ejemplo de paciencia, de entereza ante la adversidad.

Por indignas que sean las condiciones de la vida de una persona, en cuanto a tal persona, tiene siempre la misma dignidad, por el mero hecho de pertenecer a la especie humana. Un mendigo puede vivir en condiciones materiales indignas y no por ello pierde su dignidad: y a nadie se le ocurre que el mejor modo de ayudarlo sea matarlo. Pensar en que la solución para el enfermo incurable es provocarle la muerte equivaldría a pensar que el mejor sistema de erradicar la pobreza sería matar a los pobres... La legalización de la eutanasia tendría unas consecuencias sociales terribles. Nos arrastraría a una especie de **control de calidad de las personas**, que sería **muy peligroso, sobre todo para los más débiles y desprotegidos**.

En este sentido, resulta ilustrativo, el caso que recientemente salió a la luz pública de un médico holandés que aplicó la eutanasia involuntaria a una monja, porque estaba convencido de que las creencias religiosas de esa persona le impedía pedir la eutanasia a pesar de sus dolores (Herbert Hendin Director Médico de la Suicide Prevention Internacional, y Catedrático de Psiquiatría del New York Medical College).

5. Prohíbe la objeción de conciencia



Textualmente señala: —En una sociedad democrática avanzada, los derechos deben acompañar a los ciudadanos desde que nacen hasta que mueren. Y la titularidad efectiva, que esta ley reconoce, de un conjunto singularizado de derechos ante el proceso del final de la vida —como proyección en él de los derechos fundamentales y constitucionales de referencia—, significa que las personas, al afrontar dicho proceso, no lo van a hacer al albur de la posición asumida al respecto por una determinada Administración sanitaria o de la sensibilidad de unos concretos profesionales sanitarios —por más que en nuestro país esta sensibilidad esté muy acreditada—, sino en verdad pertrechados de esos derechos, de contenido cierto y **cumplimiento exigible a todos.**” 19

Según el **Artículo 2 de la Ley Orgánica 1/2008**, de 30 de julio, por la que se autoriza la ratificación por España del **Tratado de Lisboa**, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en la capital portuguesa el 13 de diciembre de 2007: —A tenor de lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 10 de la Constitución española y en el apartado 8 del artículo 1 del Tratado de Lisboa, las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán también de conformidad con lo dispuesto en la Carta de los Derechos Fundamentales publicada en el «Diario Oficial de la Unión Europea» de 14 de diciembre de 2007 (...)».

En el Artículo 9.2 de dicha Carta se reconoce explícitamente y de modo genérico, como gran novedad para el panorama jurídico español, **el derecho a la objeción de conciencia**. Por tanto, se puede afirmar que desde el 1 de agosto (fecha de entrada en vigor de la citada ley orgánica) existe previsión legislativa explícita en el ordenamiento jurídico español de reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia.

La jurisprudencia del **Tribunal Constitucional** (Sentencias nº 15/82, de 23 de abril, FJ 6º, 53/85, de 11 de abril, FJ 14, 161/87, FJ 3º), y del Tribunal Supremo (SSTS 16 de enero y 23 de enero de 1998, y 23 de abril de 2005, entre otras), sostienen que **la objeción de conciencia es un derecho que deriva de la libertad ideológica, reconocida en el artículo 16.1 de la Constitución**.

Como afirma el **Tribunal Constitucional** en su Sentencia 161/1987, de 27 de octubre: "...cabe señalar, por lo que se refiere al **derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación**. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales".

Además de esta regulación europea acogida por el ordenamiento jurídico español, existe un **explícito reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos** en los casos Folger vs Noruega, de 29 de junio de 2007, y Zengin vs Turquía, de 9 de octubre de 2007. Tales casos, aunque versan sobre objeción de conciencia educativa, son relevantes en la medida en que dicho Tribunal ha extraído el derecho a la objeción de conciencia del Artículo 9 del Convenio Europeo de



Derechos Humanos, que reconoce las libertades de conciencia y religión. Por ello, es plausible amparar el derecho a la objeción de conciencia, incluida la sanitaria, en dicha disposición del mencionado tratado internacional.

La sentencia del Tribunal Constitucional 53/85, de 11 de abril (FJ 14), reconoce que: —La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la CE y, como este Tribunal ha indicado en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales".

Asimismo los Artículos 10 y Art. 27 del Código de Ética y Deontología Médica y el Artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería Española, y en concreto el mencionado Artículo 10 del Código médico afirman: —Si el paciente, debidamente informado, no accediera a someterse a un examen o tratamiento que el médico considerase necesario, o si exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico queda dispensado de su obligación de asistencia.¶ En caso de que el paciente pretenda una eutanasia encubierta, podría tratarse de imponer la cooperación del profesional sanitario al suicidio, contrariando eventualmente no sólo su libertad de conciencia o religión, sino la misma norma deontológica.

Tampoco el proyecto prevé la prohibición de **discriminación de los profesionales sanitarios que ejerzan su derecho a la objeción de conciencia**, principio de imprescindible respeto en todos los órdenes de la vida social, incluido el ámbito profesional.

6. El castigo a los profesionales objetores podría llegar hasta los 600.000 euros (100 millones de pesetas) y el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio hasta 5 años.

El proyecto de ley, intencionadamente, no establece un régimen de sanciones e infracciones, sino que remite a otra ley.

La disposición adicional segunda del Proyecto de Ley, establece el régimen sancionador, instaurando que:

—Las infracciones de lo dispuesto por la presente ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, general de sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional, administrativa o laboral procedentes en derecho.¶

De este modo, remitiéndonos a los artículos 35 y 36 de la ley referida, se puede entender que el **profesional o el centro que se negase a practicar la muerte de una persona** (de forma consciente y deliberada, de conformidad con sus principios), **podría cometer una infracción muy grave castigada hasta con 100 millones de pesetas de multa**, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la **infracción y el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio hasta 5 años.**

7. Se abre la puerta de la eutanasia a los menores

Se abre la puerta también a los niños, dejando decidir a estos, sin tener en cuenta la opinión de sus padres: —Cuando se trate de menores emancipados, o con dieciséis años cumplidos, no incapaces ni incapacitados, el consentimiento se prestará por el menor.¶



Es cuanto menos alarmante que **un menor que no tiene capacidad de decisión en la mayoría de las actuaciones de la vida diaria, o un adolescente que todavía no tiene madurez suficiente, pueda decidir sobre su muerte sin que influya la opinión de padres o tutores.** 21

8. Crea inseguridad jurídica: manipula capacidad e incapacidad según convenga.

Se manipula todo lo referente a incapacitación, **abriendo la posibilidad a que familiares decidan por personas que no están incapacitadas**, se habla de incapacidad —de hecholl, que sustituiría al juez competente y al procedimiento judicial con garantías para el supuesto incapaz:ll.

La ley incluye supuestos que otras legislaciones han mostrado peligrosos: —Cuando, siendo precisa la firma del paciente para dejar constancia de su voluntad, éste no pudiera firmar por incapacidad física, lo hará en su lugar otra persona que actuará como testigo a petición suyaabriendo la puerta a casos en los que los hijos eliminan a sus mayores por considerarlos estorbos o para cobrar la herencia (algo ya demostrado en Holanda).

Esta omisión de la voluntad del paciente, arbitrariamente valorada como —incapacidad de hecholl (figura contraria a la ley, que regula únicamente la incapacitación por sentencia judicial firme) no se subordina expresamente al interés, beneficio o salud del paciente, como exige el Convenio de Oviedo.

Así, este Tratado que se ha incorporado al ordenamiento jurídico español contiene tal vinculación en varias de sus disposiciones. Por ejemplo, cuando se refiere a los incapaces para consentir, afirma que **“sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.**ll (Artículo 6.1). En situaciones de emergencia, el Artículo 8 del citado Convenio permite, si no puede obtenerse el consentimiento adecuado, procederse inmediatamente a —cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.ll

En su artículo 7, el Convenio afirma, respecto de toda persona que sufre trastorno mental, que —sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud (...).ll

Pero por otro lado **deja que personas incapacitadas, que no pueden gobernarse por sí mismas, decidan:** —Las situaciones de incapacidad no obstan para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisionesll.

Esta indebida soberanía decisional del paciente incapacitado sobre la praxis médica, **desvirtúa la naturaleza y sentido de las profesiones médicas, al vaciar de contenido los derechos constitucionales de los profesionales sanitarios.**

Se concluye que este proyecto de ley, **por un lado, permite obviar la voluntad de una persona capaz, y en cambio obliga a someter a los profesionales sanitarios a la voluntad de una persona incapacitada**, de lo cual, parece derivarse que lo único que pretende es **reforzar todas aquellas conductas contrarias a la vida, así como proteger sine limite a los profesionales que practican la eutanasia.**



9. Vulnere el derecho a la libertad ideológica y de religión.

El artículo 2 del proyecto de ley aludido, establece:

—Esta ley será de aplicación en el **ámbito asistencial, tanto público como privado**, sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.¶

A tenor de lo cual, se deduce que se **obligará a toda institución relacionada con el ámbito asistencial, incluso a las privadas, a practicar “asesinatos compasivos”**.

En consecuencia, **una institución** con ideario católico (por ejemplo, un hospital) **estaría obligada a ir en contra de sus pilares ideológicos, lo cual, como es obvio, es contrario a la propia Constitución Española** (en su artículo 16) y al artículo Sexto- Uno de la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa:

—Las Iglesias, Confesiones y Comunidades religiosas inscritas tendrán plena autonomía y podrán establecer sus propias normas de organización, régimen interno y régimen de su personal. En dichas normas, así como en las que regulen las instituciones creadas por aquellas para la realización de sus fines, podrán incluir cláusulas de salvaguarda de su identidad religiosa y carácter propio, así como del debido respeto a sus creencias, sin perjuicio del respeto de los derechos y libertades reconocidos por la Constitución, y en especial de los de libertad, igualdad y no discriminación.¶

Por ello, una entidad con ideario tiene derecho a negarse a contrariar su carácter propio en su praxis sanitaria, y por tal motivo, podrá negarse legítimamente a no llevar a la práctica intervenciones vulneradoras de sus valores ideológicos o religiosos, especialmente si sus prácticas y protocolos profesionales son coincidentes con la buena praxis médica y los códigos deontológicos.

Es más, esta obligación se extiende a **todo el “ámbito asistencial”, incluyendo centros que no sean primordialmente sanitarios (por ejemplo, residencias de mayores)**, así el problema generado por el no reconocimiento de las libertades ideológicas y de religión, se extenderá a ámbitos no estrictamente sanitarios, afectando a entidades que no teniendo como labor primordial la sanitaria (sino la asistencia social), se puedan encontrar con una grave vulneración por la ley de su ideario, que posee, por otro lado, protección constitucional de máxima relevancia.

10. Se justifica en un consenso que nunca ha existido

La ley se justifica en un —consenso generado sobre los derechos del paciente en el proceso final de su vida ¶, sin embargo **no se ha producido consenso alguno**.

En cualquier caso, y aunque efectivamente hubiese existido un consenso que nunca se produjo, **ningún derecho fundamental es susceptible de modificarse o alterarse por consenso**.

El consenso convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja **la vida humana a merced del número de votos emitidos en un parlamento**.



Los derechos humanos no los otorgan el número de votos obtenidos, ni la sociedad, ni los partidos políticos, por bien que los deben reconocer y defender siempre.

Tampoco se basan en el consenso social, ya que **los derechos los posee cada persona, por el hecho de ser persona**. Las **votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad sobre el trato que le corresponde**.

11. Protección legal de la "Práctica Montes"

En conclusión, esta Ley busca proteger y dar cobijo legal a prácticas delictivas, como se hizo con la Ley del aborto, y enriquecer a todos aquellos que se lucran con el negocio de la muerte.

El País (23/06/2000) publicó el caso de una enfermera inglesa investigada por la muerte de 18 menores. Las dudas surgieron por la carta de una madre que se quejaba del trato que había recibido su hijo ya muerto. Como estaba acostumbrada a las curas paliativas aplicadas a casos incurables, sus visitas a las diversas casas no eran supervisadas con el mismo rigor que las tareas de sus compañeras. Las autoridades del Hospital de Runwell, del condado de Essex, la suspendieron de sueldo y trabajo.

12. Legislación contraria a la Unión Europea.

Equívocamente el proyecto de ley indica que —La ley se inserta también, así, en la dirección que marca tanto la política europea...ll, pues **en toda Europa solo hay cuatro países que acepten la Eutanasia (Holanda, Bélgica, Suiza y Luxemburgo)**.

En cuanto al derecho europeo que dicha exposición de motivos menciona, ya está todo insertado en la referida ley 41/2001.

Con estas premisas se crea el caldo de cultivo necesario para instaurar progresivamente una legislación condescendiente con la eutanasia.

La UE rechaza este tipo de legislaciones

El Consejo de Europa mantiene su rechazo a la eutanasia, pues donde se ha legalizado, ha quedado fuera de control, advierte una comisión de la Asamblea Parlamentaria.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la **Recomendación 1418**, aprobada el 25 de junio de 1999, pide que se garantice el acceso de los enfermos terminales a las curas paliativas y **recuerda que la eutanasia, incluso si es voluntaria, contraviene el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos**, que afirma que **"la muerte no se puede infligir 24 intencionalmente a nadie"**. Los 41 diputados exhortaron a los gobiernos a mantener —la prohibición absoluta de poner fin intencionalmente a la vida de los enfermos incurables y de los moribundosll.

Un conocimiento mayor de las curas paliativas en la atención de enfermos terminales ha hecho disminuir sensiblemente el apoyo a la eutanasia y al suicidio asistido entre los oncólogos de los Estados Unidos. Al final de 1999, la American Medical Association (AMA) decidió dar apoyo en el Congreso a una ley que prohibiría la cooperación al suicidio en todo el país.

La Recomendación 1418 (1999) de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa dice concretamente (apartado 9): «La Asamblea recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo de Europa a



respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos:

[...] c) Manteniendo la prohibición absoluta de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas:

i. Visto que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, está garantizado por los Estados miembros, de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual "nadie será privado de su vida intencionadamente...";

ii. Visto que el deseo de morir expresado por el enfermo terminal o moribundo no puede constituir la base jurídica de su muerte a manos de un tercero.

iii. Visto que 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».

El Artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, en adelante CEDH (aplicable en España al estar incorporado al ordenamiento jurídico español ex Art. 96.1 de la Constitución¹), establece lo siguiente:

—1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.

2.- La muerte no se considerará como infligida en infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza que sea absolutamente necesario:

a) en defensa de una persona contra una agresión ilegítima;

b) para detener a una persona conforme a derecho o para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente;

c) para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección.²

El Artículo 2.1 ha sido interpretado por el **Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el sentido de imponer a los Estados el deber no solamente de no atentar intencional e ilegalmente contra la vida, sino la obligación positiva de "adoptar las medidas adecuadas para salvaguardar las vidas de todos los que están bajo su jurisdicción.**³

Como afirma dicho Tribunal en su sentencia *Makaratzis vs Grecia*, de 20 diciembre 2004, el artículo 2 del Convenio (derecho a la vida) establece, por tanto, un deber primario del Estado de asegurar el derecho a la vida adoptando las medidas legales y administrativas apropiadas y un sistema que asegure la prevención, evitación y sanción de las vulneraciones de dicha norma.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en su sentencia de 29 de abril de 2002, tuvo que conocer, precisamente, sobre un caso de petición de suicidio asistido de una persona que sufría parálisis y padecía una enfermedad incurable y degenerativa que le causaba un enorme sufrimiento.

La demandante solicitó a la Fiscalía (—Director of Public Prosecutions⁴) inmunidad penal para su marido en caso de que éste le asistiera al suicidio, lo que le fue denegado. Por ello, acudió al Tribunal de Estrasburgo alegando vulneración por el Reino Unido ⁵

de su —derecho a la muerte⁶ (derivado del derecho a la vida del Artículo 2 CEDH), su derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (Artículo 3 CEDH), al respeto de su derecho a la vida privada (Artículo 8 CEDH), su



libertad de conciencia (Artículo 9 CEDH) y su derecho a no padecer discriminación (Artículo 14 CEDH).

Ante tal supuesto, el órgano judicial, a pesar de compadecerse de la situación de la demandante que, según su alegación no podía suicidarse por su parálisis, sin embargo, afirma que del Artículo 3 CEDH (prohibición de tratos inhumanos o degradantes) y las obligaciones positivas del Estado que dicha disposición impone, no cabe hacer derivar el deber estatal de no imponer sanciones a los actos tendentes a matar.⁵ Por ello, —la naturaleza general de la prohibición del suicidio asistido (en la legislación británica) no es desproporcionada⁶, ya que —no es arbitrario para el Tribunal plasmar jurídicamente la importancia del derecho a la vida prohibiendo el suicidio asistido (...)⁷. En el caso Pretty, el Tribunal Europeo rechaza igualmente el resto de alegaciones de la demandante, concluyendo que la negativa a admitir el suicidio asistido no vulnera el Convenio.

La ONU alerta contra este tipo de leyes

La propia **Organización de las Naciones Unidas ha criticado este tipo de regulaciones pues afirma que "puede prestarse a abusos**⁸, abusos que ya se han comprobado sobradamente en países como Holanda, Bélgica o Suiza, de hecho Suiza se está planteando reformular su ley.

Aunque se pretenda manipular el lenguaje, nunca existirá derecho a morir, pues el **estado lo que debe salvaguardar es el derecho a la vida**, de lo contrario y si la vida ya no está por encima del resto de derechos, podríamos situar también supremamente el derecho a la propiedad, y despenalizar el asesinato como respuesta a delitos de hurto o robo.

Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (Londres 1949 – Sidney 1968 – Venecia 1983). —**El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana"**

Asociación Médica Mundial (Madrid 1987): Declara que "**La eutanasia**, es decir, el acto deliberado de terminar con la vida de un paciente, aunque se cuenta con su consentimiento o el de sus familiares, **es contraria a la ética"**.

Organización Mundial de la Salud (OMS): Ginebra, 1990. Considera que —con el desarrollo de los métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, tendrían que **concentrarse los esfuerzos a la implantación de programas de tratamiento paliativo, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia"**.

El "Ejemplo Holandés": Pánico entre los ancianos

Gertrude Postma era una doctora establecida de tiempo atrás en la provincia de Friesland, al norte de Holanda. En 1971 su madre sufrió una hemorragia cerebral que la dejó paralizada con un grado de necesidad de asistencia importante. Ella decidió inyectarle un medicamento y poner fin así a su vida.

Cuando su caso llegó al tribunal se dictó sentencia condenatoria de practicar eutanasia, pero se le dio sólo una pena simbólica. Tras esta sentencia se creó la "Asociación holandesa por una terminación voluntaria de la vida", conocida como NVVE por sus siglas en neerlandés, grupo de presión que ha tenido gran influencia en la legalización del llamado homicidio compasivo.



Gran influencia tuvieron entre los profesionales médicos las afirmaciones de Jan Hendrick van der Berg en su obra —Poder y Ética Médica que recomendaba acabar con la vida de sus pacientes cuando la tecnología provocara a sus pacientes sufrimiento o provocara que estos vegetaran. En 1980 otro facultativo, Pieter Admiraal, difundió «La Justificación de la Eutanasia. Manual para la Profesión Médica, insistiendo en esa estrategia de propaganda de la NVVE. Otra serie de casos anteriores y posteriores como el de Wertheim (1981), Schoonheim (1984), Groningen establecieron la impunidad de estos hechos delictivos. Sangrante el antedicho caso Wertheim, en el que el Sr. Wertheim dio muerte a su mujer, a petición de ésta, convencida de que padecía un cáncer (extremo que descartó la autopsia).

La sucesión de sentencias de tribunales que amparaban distintos actos de —homicidio compasivo, la campaña social de la NVVE, la presión sobre la clase médica configuraron un estado de conciencia colectiva proclive a la eutanasia.

Un paso más ocurrió en 1994 cuando el Tribunal Supremo Holandés se pronunció en caso Chabot. El Dr. Chabot era un psiquiatra que tuvo como cliente a la Sra. Boomsma quién padecía una grave depresión por diversos problemas familiares. Este doctor, tras examinar el caso concluyó, sin derivar a la paciente a otros especialistas para una segunda opinión, que el sufrimiento de la paciente resultaba —insostenible y sin perspectiva de mejora, por lo que administró a la paciente una medicación letal. El alto tribunal entendió que también el sufrimiento psicológico podía habilitar a un paciente a solicitar la eutanasia y que el médico que la administrase saldría impune. Este periplo continúa hasta 2002 en que se dicta la —Ley de Verificación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y Auxilio al Suicidio que acaba normalizando estas prácticas.

No obstante, hoy en día, en Holanda, encontramos el ejemplo de que los **jubilados holandeses, que temerosos, emigran a Alemania o acaban muriendo en sus casas sin tratamiento médico por miedo a no salir ya del hospital una vez ingresados.**

La **mentalidad de muerte** se ha convertido en norma entre los médicos holandeses. Es representativo el caso de un internista que atendía a una enferma de cáncer pulmonar. Le sobrevino una crisis respiratoria, que hizo necesaria su hospitalización. La enferma se rebela: no quiero la eutanasia, implora. El médico la lleva a la clínica y permanece a su lado. Después de 36 horas la enferma respira con normalidad; las condiciones generales han mejorado. El médico va a dormir. A la mañana siguiente, no encuentra a su paciente: un colega **la había "finalizado" porque faltaban camas libres.**

Con lo anterior, lo que se consigue es que la gente tenga miedo, es famoso el caso de un enfermo de Alzheimer que fue hospitalizado en una casa de discapacitados físicos. Una semana después, la familia le encontró en estado de coma. Sospechan algo, y le trasladan al hospital donde el enfermo se recupera después de una transfusión intravenosa de tres litros de líquido. Le habían dejado deshidratarse. Después ha vivido, por lo menos otro año.

Un paciente anciano hospitalizado, en agonía. El hijo pide a los médicos que "aceleren el proceso", de modo que el entierro de su padre pudiera realizarse antes de su marcha al extranjero para las vacaciones ya



programadas. Los médicos así lo hacen, y aumentan la morfina. Pero, contra lo previsto, poco después el enfermo se sienta en la cama; está incluso de buen humor. Finalmente, había conseguido la cantidad de morfina suficiente para calmar sus dolores, ¡y se encontraba mejor! Casos de este tipo se cuentan entre los médicos como si fueran normales. Como si fuera normal **matar un enfermo por complacer a sus familiares.**

El "Ejemplo Belga": 32% sin consentimiento.

El caso belga no es sino una copia de la legislación holandesa. Aunque sociológicamente resulta de interés que la ley es apoyada mayoritariamente por la población flamenca, no ocurriendo igualmente con la valona.

No obstante, el —ejemplo belga se está dirigiendo al llamado **"terreno resbaladizo"** o slippery slope, lo demuestran además otros dos estudios publicados el año pasado, el primero en mayo en el Canadian Medical Association Journal (CMAJ) y el segundo en octubre en el British Medical Journal (BMJ), estos estudios revelan que casi **un tercio (el 32%) de los casos de "muerte asistida" en la región de Flandes es aplicada sin la petición o consenso del paciente.** En más de la mitad de estos casos —el 52,7%— la persona a la que se aplica la eutanasia sin su petición, tenía 80 años o más.

Así, en Bélgica, uno de los primeros países en despenalizar al médico que practique la eutanasia, el estudio Remmelink reveló que **en más de mil casos el médico admitió haber causado o acelerado la muerte del paciente sin que éste lo pidiera, por razones variadas, desde la imposibilidad de tratar el dolor, la falta de calidad de vida o por el hecho de que tardara en morir.**

El "Ejemplo Suizo": Negocios turbios

Suiza, país donde el suicidio asistido es legal, la francesa Chantal Sébire pretendía dirigirse a la asociación "Dignitas" para acabar con su vida a cambio de 3500 euros, por medio del mortífero gas helio. Lo asombroso es que según las grabaciones de la fiscalía, el helio produce una agonía de casi una hora en la que la asfixia y grandes convulsiones se apropian del desgraciado moribundo. ¿Es ésa una muerte digna?

Al final son estas **asociaciones y los profesionales de la muerte los que se lucran.**

En Suiza se mantiene el derecho a la autodeterminación, también para el caso de la muerte. No sólo se permite la ayuda pasiva, sino también la ayuda indirectamente activa, si la persona implicada decide terminar con su vida. Así lo confirmó el Tribunal Federal en noviembre de 2006.

La Institución Dignitas, acompaña a las personas que han decidido terminar con su vida, proveyéndolas del barbitúrico natriumpentobarbital, sustancia otorgada bajo prescripción médica o por medio de asfixia con bolsas de helio.

Según la noticia publicada el 7 de enero de 2009 en el diario de Reino Unido —The Telegraph: **Dignitas se encuentra bajo investigación por "especulación" con los pacientes de suicidio asistido.**

Esta institución, **en principio destinada a ser una organización sin ánimo de lucro,** está obligada a abrir sus cuentas fiscales en Suiza y dar a conocer la



cantidad de dinero que recibe de sus negocios controvertidos de suicidio asistido. **El fundador del grupo se ha convertido en millonario.**

La ley suiza permite a Dignitas ofrecer a los pacientes una dosis de barbitúricos y una sala en la que sus muertes son filmadas, para demostrar que administra la inyección letal, sin embargo, **el fiscal del estado en Zurich, dijo: "Todavía no sé ni lo que hace Dignitas con los 10.000 francos que se paga (aproximadamente 7.000 €) o para qué sirve".**

En 2008 la institución fue expulsada de un piso en Zurich cuando los vecinos se quejaron de los cadáveres que se estaban haciendo en el ascensor y los coches fúnebres aparcados fuera.

Las autoridades suizas también han investigado las denuncias de que los **restos de los fallecidos eran objeto de dumping en los lagos después de ser incinerados.** Dos trabajadores de Dignitas fueron capturados, al parecer, tratando de verter las cenizas de 20 cadáveres en el lago de Zurich, pero un ex empleado cobró al menos 200 restos mortales de la gente había ido a parar en el mismo cuerpo de agua.

Del mismo modo, en 2005, la organización suiza **Dignitas, fue investigada por haber administrado una mezcla de fármacos letal a una mujer alemana que estaba sana.**

La que durante más de tres años fuese la mano derecha del propietario de Dignitas, como secretaria general, la enfermera Soraya Wernli revela que el sueño del dueño de Dignitas es: **—que el veneno utilizado en sus "suicidios" pudiera comprarse en máquinas expendedoras callejeras. "**

Continúa relatando "«Además, como había dificultad para conseguir las recetas de pentobarbital de sodio, se ahorraba en las dosis suministrándose menos de los 15 gramos requeridos para que la muerte fuera corta...

Los pacientes a veces tardaban muchas horas en morir, otros llegaban por la mañana y, después de haber visitado al médico, se tomaban el barbitúrico letal y morían a primeras horas de la tardell. De 25.000 casos en que se retiró o se omitió un tratamiento sin que mediara petición del paciente, en 8.750 de ellos esta acción se realizó con la intención de terminar con su vida.

INFORME REMMELINK

Al principio, la eutanasia estaba admitida solo en casos de enfermos terminales. Pero ya en 1991 un psiquiatra de nombre Chabot fue absuelto después haber causado la muerte de una mujer de 50 años que sufría depresión psíquica. Poco después, en otro caso, la eutanasia "ayudó" una chica de 25 años, que sufría de anorexia mental. Y recientemente un senador socialista octogenario, Brongersma, pidió y logró ser "finalizado" no porque estuviese enfermo o deprimido, sino porque estaba cansado de vivir.

En 1991, después de ser despenalizada la eutanasia activa en Holanda (fue finalmente legalizada en 2002), se hizo entre los médicos holandeses un **estudio anual cuyos datos fueron recogidos por el Informe Rimmelink. Las cifras registradas son aterradoras:**

Hubo 2.300 casos de eutanasia a petición del paciente.

Se dieron 400 casos de cooperación al suicidio.

1.000 casos de eutanasia sin consentimiento del paciente.



En 5.800 casos se retiró o no se inició un tratamiento útil a petición del paciente, por lo que murieron 4.756 enfermos.

De 25.000 casos en que se retiró o se omitió un tratamiento sin que mediara petición del paciente, en 8.750 de ellos esta acción se realizó con la intención de terminar con su vida.

De los 22.500 pacientes que murieron por sobredosis de morfina, la dosis se administró con la intención de acelerar la muerte en 8.100 casos.

El Informe también revelaba otros datos igual de aterradores: **el 51% de los médicos entrevistados para el estudio consideraban que la eutanasia practicada sin pedir consentimiento al paciente era una opción digna de ser tenida en cuenta, mientras que el 41,1% de los médicos entrevistados confesó abiertamente haber practicado la eutanasia activa sin contar con el enfermo.**

Un informe posterior, elaborado en 2001, demostró que, lejos de arreglarse, la situación tendía a agravarse todavía más:

El número total de pacientes que murieron por dosis letal de calmantes se elevó a 28.216.

A 28.075 pacientes se les negaron o retiraron tratamientos potencialmente efectivos para prolongar sus vidas, en una muestra clarísima del retroceso de los cuidados paliativos como consecuencia de la despenalización de la eutanasia.

Ascendió al 75% el porcentaje de médicos que reconocieron haber practicado una eutanasia activa o haber ayudado a suicidarse a un paciente.

El dato más alarmante, sin duda, fueron los tres casos de **eutanasia activa - homicidio, en la práctica- que llevaron a cabo pediatras sin petición ni del niño ni de los padres.**

Recientes informes de la práctica de la eutanasia en **Bélgica indican que hasta la mitad de los actos de "finalización de la vida" no son declarados como eutanasia, a pesar de la obligación legal de documentarlo.** El número de casos estimados en la región de Flandes sería de 1040 sólo en un año, 2007. En la mitad de los casos no existiría ni siquiera documento escrito ni aceptación verbal por parte del paciente. 30

El mecanismo letal más frecuentemente utilizado es la sedación terminal a base de dosis altas de opiáceos y sedantes.

Si en la mitad de actuaciones que constituyen eutanasia no cumplen los requisitos legales, quién controla la impunidad de decisión de los médicos cuando consideran al enfermo una carga para el sistema de salud. Si la eutanasia exige la voluntaria aceptación del paciente, ¿no estamos ante una perversión del sistema en el que los familiares y estamento médico deciden en favor de la moda predominante o de otros intereses?

El proceso de inacción: del sistema judicial, despenalización y posteriormente legalización llevado a cabo con la eutanasia en Holanda bien recuerda al proceso ocurrido en España referente al aborto: inactividad judicial, despenalización y finalmente —derecho de salud reproductiva—. ¿Cabe esperarse el mismo proceso holandés en España?

El Método SAUNDERS



Saunders, además de normalizar la **administración regular de analgésicos a los pacientes terminales** (antes los médicos esperaban a que el enfermo pidiera, casi a gritos, la siguiente dosis), creó un sistema de **atención al moribundo que se conoce como "movimiento hospice"** y que no es más que una **cuidada y completa atención en cuidados paliativos**.

Si hay dolor, se administra medicación regular para que desaparezca. Si hay dificultades respiratorias, se alivian para evitar la angustia al paciente. Si hay miedo, se habla con él para solventar sus dudas. Si hay inquietud espiritual, se proporciona la atención necesaria. Si hay niños en la familia, se trabaja con ellos para enseñarles a sobrellevar la pérdida de un ser querido. En resumen: —No pensamos en los pacientes como casos; sabemos que cada uno es un microcosmos con una particular historia vital.

La Doctrina MC NAMARA

Uno de los principales argumentos a favor de la eutanasia se funda en la autonomía personal. McNamara (diputado británico) replica que más bien, "el respeto a la autonomía personal es un importante argumento contra la eutanasia". **Si se legalizara, resultaría malparada la autonomía de los enfermos, que sufrirían presiones para aceptar la eutanasia.**

También resultaría perjudicada la autonomía de los médicos enfrentados a las peticiones de eutanasia. El diputado británico se remite a la experiencia con la legalización del aborto, que lo ha convertido en una práctica habitual. En muchos lugares "es casi imposible especializarse en ginecología si uno rehúsa practicar abortos; los médicos contrarios al aborto se han visto forzados a elegir otras especialidades". "Si se legalizaran o despenalizaran la eutanasia, presenciaríamos un fenómeno similar en geriatría, en cuidados paliativos y en el movimiento "hospice", con independencia de que la ley reconociera o no la objeción de conciencia". 31 32 Holanda, Bélgica o Suiza son excepciones

En el entorno jurídico internacional la regulación jurídica respecto a la eutanasia es vista como algo contrario al derecho fundamental a la vida. Las normativas de **Holanda, Bélgica o Suiza son excepciones** en el ámbito internacional.

La consecuencia de **la aplicación de dichas normativas ha llevado al homicidio** de miles de seres humanos en pocos años y a la **sensación de inseguridad en el tratamiento de muchas enfermedades**.

En España existe un plan **diseñado para aplicar una legislación de eutanasia** activa que comprende varias fases: la manipulación del lenguaje, la impunidad de los hechos delictivos, la justificación jurídica y finalmente la legalización de esta práctica reprobable.

El actual proyecto de —Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida **abre las puertas a la práctica de sedaciones irregulares sin indicación médica. No existe limitación en aplicación de la Lex Artis** ya que es el fundamento de este proyecto de Ley.

El proyecto de Ley pierde la oportunidad de implantar en España un sistema de **cuidados paliativos** adecuados, de seguimiento por unidades multidisciplinarias de los problemas físicos, psíquicos asociados a la enfermedad crónica y configurar un modelo de atención socio-sanitaria que cubra los problemas sociales asociados a la situación de dependencia.



Una sociedad que se llama civilizada debe poner todos los medios para hacer sentirse persona, para no sentirse humillado, para sentirse querido y valorado, para no sentirse una carga y encontrar motivos para seguir viviendo.

En la mayoría de los casos, **lo que humilla o hace sentirse digno no es la propia enfermedad, sino la actitud de los que rodean y cuidan al enfermo**; con un gesto, con el modo de mirar o de tocar, con nuestra actitud, reafirmamos al enfermo su identidad, le hacemos afirmarse en su propia dignidad o le confirmamos que ya no es más que un objeto desagradable y molesto. Por eso, más que empeñarse en legalizar el acto de matar, hay que hacer un **esfuerzo serio para eliminar las razones que pueden llevar a algunos a pedir que se les mate**: es más difícil, pero ahí está el verdadero progreso de la sociedad. 33 : el ciudadano hace testamento vital porque tiene miedo y desconoce que existen otras posibilidades que evitan el dolor y donde se asegura su dignidad como

El Documento de la Santa Sede para el Año Internacional de los Minusválidos de 1981 reconoció que "el respeto, la dedicación, el tiempo y los medios que se necesitan para el cuidado de las personas incapacitadas, aún de aquellas cuyas facultades mentales se encuentran gravemente afectadas, es el precio que una sociedad debe pagar generosamente para poder permanecer siendo verdaderamente humana." Este documento señala que **si una sociedad comienza a tratar a sus miembros incapacitados o moribundos como animales en vez de seres humanos dignos de respeto, esa misma sociedad es la que sufre la peor indignidad.**

En 2001 el entonces **Presidente de la Organización Médica Colegial Española, Dr. Sierra**, manifestó que **—la eutanasia pasiva es una demagogia, ya que en aquellos lugares donde existen unidades de tratamientos paliativos la eutanasia es una anécdota**: el ciudadano hace testamento vital porque tiene miedo y desconoce que existen otras posibilidades que evitan el dolor y donde se asegura su dignidad como ser humanoll.

Es la **salud el verdadero sentido de la práctica de las profesiones sanitarias**, y en coherencia, el derecho otorga a los pacientes la facultad de exigir a los poderes públicos que arbitren los medios para la **promoción, conservación y restablecimiento de la salud. En ningún caso** puede deducirse de tal derecho, en coherencia con los principios básicos sostenidos por la jurisprudencia constitucional, una presunta facultad directamente **atentatoria contra la vida y la salud de las personas**. 34 La enmienda a la totalidad del actual proyecto de Ley, por legalizar prácticas eutanásicas que pueden incluirse en el tipo del delito de cooperación al suicidio legalmente tipificado en el Código Penal vigente, y por tratar como ley ordinaria, una ley que debería seguir los trámites de ley orgánica, al inferir contra el derecho fundamental a la vida. Asimismo, se propone la aprobación de un proyecto alternativo que garantice e incida en la importancia de los cuidados paliativos.

1º La enmienda a la totalidad del actual proyecto de Ley, por legalizar prácticas eutanásicas que pueden incluirse en el tipo del delito de cooperación al suicidio legalmente tipificado en el Código Penal vigente, y por tratar como ley ordinaria, una ley que debería seguir los trámites de ley orgánica, al inferir contra el derecho fundamental a la



vida. Asimismo, se propone la aprobación de un proyecto alternativo que garantice e incida en la importancia de los cuidados paliativos.

2º **Mantener y ampliar la prohibición de la eutanasia y del suicidio asistido** en el Código Deontológico Médico. A este respecto el nuevo Código Deontológico incluye apartados específicos de atención al paciente terminal y en relación a la Objeción de Conciencia. Continuar en la línea de blindar esta tradición que mantiene la confianza en esta profesión.

3º Ampliar las competencias de los **Comités de Ética Asistencial** y crear comisiones autonómicas de Ética Asistencial formadas por equipos multidisciplinares altamente cualificados.

4º Promocionar el **asesoramiento y registro de voluntades anticipadas** como herramienta para evitar los abusos del consentimiento por representación.

5º Crear un **derecho a cuidados paliativos de calidad**. Esto incluiría una valoración socio-sanitaria de las necesidades que el tratamiento del enfermo y el entorno necesitan.

6º La **sanción punitiva de conductas de profesionales sanitarios o ciudadanos que realicen o colaboren con prácticas de sedación irregular, eutanasia o suicidio asistido**.

7º La **humanización de la muerte**. Ayudar al enfermo a vivir lo mejor posible el último periodo de la vida. Es fundamental expresar el apoyo, mejorar el trato y los cuidados, y mantener el compromiso de no abandonarle, tanto por parte del médico, como por los cuidadores, los familiares, y también del entorno social.

8º Dotar de **ayuda psicológica y humana** a quienes sufran depresiones por la enfermedad, apoyarse en las unidades del dolor, ayudar a quienes se enfrentan a la muerte para recorrer ese camino de la mejor manera posible, y dotar de ayuda económica a las personas discapacitadas.

Asociación Española de Abogados Cristianos

www.abogadoscristianos.es

28 de Julio de 2011

https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=explorer&chrome=true&srcid=0B04mKI5maN_yYjQxYjg0MjUtNzViYi00YzRjLTkzNGQtNTFInzEwZTg5YWU3&hl=es