

CEAIB

Comité de ética asistencial de las Illes Balears

Informe sobre los aspectos éticos que deben estar incluidos en la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia

Aprobado en el Pleno del CEAIB celebrado el día 26 de marzo de 2021



Índice

Introducción

Justificación

Acuerdos metodológicos del Grupo de Trabajo

Revisión del articulado y propuestas

- 1 Sobre la definición de eutanasia
- 2 Sobre los profesionales que participan en el proceso
- 3 Sobre la valoración del sufrimiento
- 4 Sobre los requisitos legales para solicitar la eutanasia
- 5 Sobre el procedimiento
- 6 Sobre el proceso deliberativo con el paciente
- 7 Sobre la objeción de conciencia
- 8 Sobre la denegación de solicitud
- 9 Sobre la protección de la intimidad del paciente y la confidencialidad
- 10 Sobre la Comisión de Control y Evaluación
- 11 Sobre la realización de la prestación
- 12 Sobre dónde llevar a cabo la prestación
- 13 Sobre la formación de los profesionales

Conclusiones

Bibliografía

Anexo 1 Votos Particulares

Introducción.

El presente informe responde a la solicitud realizada por la Consejera de Salud y Consumo, la Sra. Patricia Gómez Picard, el 24 de febrero de 2020 a la Secretaria Técnica del Comité de ética asistencial de las Illes Balears (CEAIB), sobre los aspectos éticos que deben ser contemplados en el desarrollo de la Proposición de *Ley (PL) Orgánica de regulación de la eutanasia* presentada en el Congreso de los Diputados por el Grupo Parlamentario Socialista el 31 de enero de 2020.

La Comisión Permanente del CEAIB propuso la creación de un grupo de trabajo con la participación voluntaria de las y los miembros que componen el CEAIB. El Grupo quedó constituido el 9 de marzo de 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia producida por el SARS-CoV-2 (COVID-19) que aún nos está afectando. A pesar de eso, se inició la recogida de documentación de interés, la revisión y lectura del texto de la PL, habilitándose una plataforma corporativa de trabajo.

Las medidas de restricción que debieron imponerse y especialmente, la necesidad de las personas que formaron el Grupo de trabajo de redirigir sus esfuerzos hacia otros ámbitos urgentes, hizo que el trabajo conjunto debiera ser suspendido, retomándose en el mes de setiembre. En ese momento se consideró oportuno hacer una nueva convocatoria entre las y los miembros del CEAIB para ampliar el Grupo de Trabajo. Con la nueva convocatoria se incorporaron dos personas quedando constituido un grupo plural de 12 personas con diferentes perfiles profesionales.

Desde entonces, el Grupo ha mantenido 10 reuniones virtuales en las que se ha ido analizando la regulación propuesta y que han dado lugar a la elaboración del presente Informe que será presentado al Pleno del CEAIB para su aprobación.

De acuerdo con la petición realizada por la Consejera de Salud, este informe recoge el análisis y reflexión del contenido de la PL en base a argumentos éticos, considerándose que el CEAIB tiene la obligación de participar en el debate ético sobre la eutanasia y que debe ser el Pleno quien realice una reflexión general sobre la atención al final de la vida en un contexto amplio, si así lo considera necesario.

Justificación

Una lectura de la extensa literatura sobre la eutanasia nos da una idea sobre la importancia social que viene generando este tema en los últimos años. Son numerosos las y los expertos, grupos de trabajo, asociaciones profesionales y comités de ética que han hecho reflexiones y argumentaciones y han elaborado documentos al respecto. Las referencias bibliográficas y las argumentaciones de los expertos les han permitido tomar posición tanto en un sentido de aceptación de la legislación y aplicación de la eutanasia, como en el sentido contrario a la misma o quedarse en un punto intermedio en que, sin desarrollo legislativo, se considere el acto eutanásico como un homicidio por compasiónⁱ.

En nuestro país no existe una posición única. El Comité de Bioética de España en su informe de 6 de octubre de 2020¹ se manifiesta contrario a la despenalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido y propone un sistema de prestación de cuidados paliativos universal y de calidad para abordar las situaciones de final de la vida que ocasionan sufrimiento. Por otro lado, tanto la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadiⁱⁱ como el Comité Consultivo de Bioética de Catalunyaⁱⁱⁱ han manifestado en sendos informes que consideran adecuada la despenalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido.

“La ley que regula la eutanasia responde a la regulación de un derecho individual y subjetivo de las personas que, estando o sin estar en un proceso de muerte inminente, sufren una enfermedad grave, crónica e incapacitante¹ que provoca un sufrimiento insoportable y deciden solicitar y recibir ayuda de un médico para morir anticipadamente. Esta ley se fundamenta en el desarrollo pleno de los principios de autonomía y beneficencia de la persona atendida. Pretende dar seguridad jurídica a los profesionales y regular la objeción de conciencia”.

Esta ley pretende complementar a las leyes de muerte digna que regulan los derechos y garantías de todas las personas en el proceso de morir mediante la asistencia sanitaria y social al final de sus vidas respetando su

¹ Fruto de la inclusión de enmiendas al texto, el término “incapacitante” ha sido sustituido por el término “imposibilitante”.

autonomía y su voluntad para morir en condiciones dignas. Ocho Comunidades Autónomas han desarrollado leyes en este sentido. Pero, hasta el momento, ninguna ley autonómica ha podido incorporar la regulación de la eutanasia porque se necesita una regulación de ámbito estatal por estar tipificada como delito.

La aplicación de la eutanasia no es contradictoria, ni debe confundirse, con el desarrollo de los cuidados paliativos.

Durante todos sus trabajos, el Grupo siempre tuvo en cuenta la demanda sostenida de la sociedad en el sentido de la puesta en marcha del derecho subjetivo que propone la PL y entendió que la misma, independientemente de las sugerencias de cambios que se propongan, debe plantearse como la respuesta a una manifiesta preocupación social a pesar, de lo poco frecuente de las peticiones recibidas.

En este sentido, un estudio llevado a cabo por Serrano del Rosal y Heredia Cerro (2018) ,sobre la percepción y apoyo de los españoles a la eutanasia revela un apoyo importante tanto a la eutanasia como al suicidio medicamente asistido^{iv}. Los datos utilizados por dichos investigadores, corresponden a la encuesta del Centro Superior de Investigaciones Sociológicas (CIS), del 2009, y revelan un mayor apoyo a la eutanasia que al suicidio asistido: 58,4% sí a la eutanasia frente a 29,7% de no y 10,9 no sabe/no contesta; en el caso del suicidio asistido el 38,9 es afirmativo, el 40% dice no estar de acuerdo y el 23,3% no sabe/no contesta^v.

Igualmente, los datos de Metroscopia² evidencian la evolución del grado de aceptación de la sociedad española de la ayuda para morir de los pacientes con enfermedades incurables desde 1988; en ese año el apoyo era del 53%, en enero de 2008 era del 70%, en julio de 2008 del 80%, en febrero de 2017 del 84% y en abril de 2019 del 87^{vi}. El debate social se ve afectado por los casos más mediáticos que cada cierto tiempo salen a la luz.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en la sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs Suiza) consideró que *no es aceptable que un país que ha despenalizado las conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico sobre las mismas*.

² Metroscopia es uno de los más influyentes institutos privados de investigación de la opinión pública en España. Para más información sobre Metroscopia, puede consultarse: <https://metroscopia.org/>

También reconoce el derecho de toda persona competente a evitar lo que considere un final indigno y angustioso para su vida y a decidir los medios y el momento para poner fin a la misma. En otro sentido, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, la doctrina del Tribunal Constitucional: la regla del art. 10.1 CE, proyectada sobre los derechos individuales (acerca de la dignidad: STC 57/1994), nos recuerda que *la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en su art. 29.1: toda persona tiene deberes respecto de la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad*, así como también, se manifiestan diferentes Comités de Éticas nacionales como el de Italia, Francia y Portugal y el Comité de Bioética de España.

Una de las principales condiciones éticas para la eutanasia es que exista una atención adecuada al final de la vida para que la persona pueda tomar una decisión verdaderamente autónoma, voluntaria, meditada **y libre** a la hora de solicitar la eutanasia.

Acuerdos metodológicos del Grupo de Trabajo

En la primera reunión de trabajo y con el objetivo de facilitar el diálogo intergrupar y la elaboración del presente Informe, se acordó tener en cuenta durante los debates y en el redactado del informe:

- No incluir conceptos ya obsoletos como eutanasia pasiva o eutanasia activa indirecta.
- Ampliar las definiciones de adecuación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa
- Entender la situación en la que la persona solicita la eutanasia como una situación de alta complejidad que debe ser atendida por un equipo específico de cuidados paliativos.
- Trabajar desde un marco en el que se garantice que la eutanasia, en ningún caso, sea considerada como respuesta a la demanda de atención paliativa.
- Confirmar que el sufrimiento por el que se solicita la eutanasia, no es un sufrimiento que pueda ser aliviado por la atención paliativa.
- No confrontar la vida y la muerte en el debate, recordando que la PL pretende garantizar la prestación de ayuda a morir en situaciones en las que se cumplan unos requisitos, constituyendo este hecho la garantía de su buen uso.
- El debate, justificación y condiciones no ha de versar sobre el concepto de pérdida de la "dignidad" ya que, en cualquier situación o circunstancia de la vida, la dignidad puede ser conservada. Se considera que, en su lugar, se trabajará con los criterios de "pérdida del sentido de la vida", "irreversibilidad" y "sufrimiento".
- Plantear la regulación del derecho a la eutanasia y el suicidio asistido como un proceso de acompañamiento y no, meramente, como un procedimiento administrativo (solicitar y recibir ayuda necesaria para morir).

Los acuerdos citados corresponden al propósito general del Grupo de plantear la Ley como el derecho a solicitar ayuda para morir en el entorno de un proceso deliberativo que debe preceder a la solicitud y como el marco en el que se establezcan las medidas para que se garantice el acompañamiento a lo largo de todo el proceso.

Revisión del articulado y propuestas

La revisión del articulado se ha realizado teniendo en cuenta los acuerdos iniciales del Grupo y en cuanto al redactado del informe, el Grupo ha considerado que, dado que las aportaciones que se realizan son siempre desde la perspectiva ética, no es necesario hacer constar en cada apartado los principios éticos que justifican las propuestas y sugerencias.

Es importante señalar que durante el proceso de elaboración de este informe la PL ha pasado por la Comisión de Justicia del Congreso de los Diputados donde, tras el preceptivo debate de las enmiendas presentadas por los grupos parlamentarios; se han producido algunas modificaciones en el texto de la PL. Dicho texto aún está pendiente del debate y votación en el Senado por lo que pueden darse otras modificaciones al texto de la Ley. Varias de las aportaciones que ha planteado este Grupo de trabajo han sido incorporadas en alguna medida en el texto provisional de la PL, sin embargo, creemos adecuado mantenerlas en el informe ya que son el resultado de la reflexión y trabajo conjunto.

La Ley ha sido publicada en el BOE en fecha de 24 de marzo de 2021.

1. Sobre la definición de eutanasia:

Entendemos que la definición de suicidio asistido (la prescripción o suministro al o la paciente por parte de un profesional competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte) puede provocar confusión con el título de la Ley. Revisada la situación a nivel internacional, encontramos que la regulación se hace de manera específica para cada uno de los actos (eutanasia y suicidio asistido). Por este motivo, consideramos que el título de la Ley debería hacer mención expresa al suicidio asistido.

Además, se recomienda que, a fin de facilitar la difusión de la Ley y establecer claridad en su implementación, se distinga el concepto de eutanasia del de la prestación de ayuda en el proceso de morir. En el primer caso la intencionalidad del acto es provocar la muerte, y en el segundo, el objetivo es ayudar a que la muerte sea confortable, aunque con sus medidas se pueda adelantar, pero el fin no es provocarla.

2. Sobre los profesionales que participan en el proceso:

Para garantizar un abordaje integral del proceso y también evitar la soledad del profesional en un proceso tan complejo, recomendamos ampliar y mejorar las definiciones de todos los agentes que intervienen en el proceso y sustituir la figura del “médico responsable” por la del “equipo responsable” del que formará parte el o la médico que coordinará y velará por la calidad del proceso asistencial y será quien firme los documentos previstos por la Ley.

Entendemos que la prestación debe garantizar la relación del paciente con las y los profesionales de referencia, además debe ser facilitada y continuada ya que la ruptura de la relación puede ocasionar la pérdida de seguridad y confianza. Esto cobra especial valor cuando la/el médico /a responsable o alguna otra persona del equipo manifiestan objeción de conciencia.

En este sentido, la figura de la/del médico/o consultora/r, que tiene la función de garantizar el cumplimiento de los requisitos de la situación clínica del paciente, debe ser incluida desde el inicio del procedimiento ya que es el momento en el que se deben evaluar dichos requisitos.

3. Sobre la valoración del sufrimiento:

Atendiendo a que la existencia de sufrimiento³ representa un requisito indispensable para hacer efectiva la prestación de eutanasia, entendemos que se debe discernir entre el sufrimiento que puede ser transitorio del sufrimiento vital, para lo cual se deben establecer medidas que incorporen la valoración exhaustiva y la opinión de profesionales expertos. Estas medidas deben ser implementadas en el menor tiempo posible.

En este sentido, identificamos situaciones en las que esta valoración presenta especial complejidad, como son el caso de la patología mental, en personas con discapacidad y cuando existe imposibilidad de comunicación. En el caso de la patología mental, el sufrimiento puede ser la expresión de un síntoma de la propia enfermedad que, a su vez, puede incapacitar o disminuir la capacidad de la persona.

³ b) «Enfermedad grave, crónica e invalidante»: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva

Cuando en la situación de la persona hay imposibilidad de comunicación, la valoración del sufrimiento cobra especial complejidad ya que requiere de un proceso que permita diferenciar la naturaleza del sufrimiento para garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

4. Sobre los requisitos legales para solicitar la eutanasia:

En este apartado llama especialmente la atención que no se establezca un requisito mínimo de residencia⁴ ni que no se reconozcan los derechos de menores emancipados ni de los menores maduros, casos que sí se contemplan, por ejemplo, en la ley de Autonomía del Paciente de 2002^{vii}

También observamos que existen dificultades para garantizar el acceso al derecho a solicitar la eutanasia a todas las personas que en el momento en que la Ley entre en vigor, ya tuvieran realizado su Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), ya que no habrían podido incluir su voluntad al respecto por no ser la eutanasia legal. En esos casos, pueden darse situaciones diferentes: personas que tienen capacidad para modificar su documento de DVA y personas que no pueden hacerlo por estar incapacitadas para ello.

Ante la inminente aprobación de la Ley, deben iniciarse ya las gestiones que permitan incluir las preferencias y deseos en materia de eutanasia y suicidio asistido, en los DVA de las personas que están realizándolos en este momento. En este sentido, recomendamos a la Oficina de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears que proceda, cuanto antes a la adecuación de los DVA a la nueva normativa.

5. Sobre el procedimiento:

La valoración de los procedimientos establecidos en la PL, se ha basado en el convencimiento del Grupo de que la decisión de solicitar eutanasia es de la máxima trascendencia para la persona por lo que se requerirá un proceso deliberativo complejo. Proceso que resulta de muy difícil encaje en términos tan limitados de tiempo como los que se definen en la PL, siendo ejemplo de ello el artículo 8 punto 2" *Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o **desistir** de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que*

⁴ Una de las enmiendas aprobadas incluye modificaciones en este sentido: "Tener la nacionalidad española o residencia legal en España **o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud**".

el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si los hubiere, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.

*En el caso de que el paciente decidiera **desistir** de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial, si los hubiere”.*

De modo general, se observa que existe confusión en los términos de cada etapa del proceso y especialmente en los referidos al tiempo indicado para cada paso.

Como propuesta general recomendamos que todos los plazos sean en días naturales para evitar confusiones y facilitar la comprensión del procedimiento.

En relación al mismo, no consta cómo se deberá proceder para facilitar los recursos necesarios para posibilitar la firma en presencia del profesional cuando la persona tenga problemas de autonomía física. Consideramos este punto fundamental a fin de garantizar la protección de la intimidad de la persona durante el proceso.

Aunque no se establece plazo para la emisión del dictamen de la Comisión de Control y Evaluación, entendemos que no debe quedar recogido como “en el plazo más breve posible” ya que de esta manera ofrece pocas garantías de homogeneidad en la oferta de la prestación.

Otro aspecto pendiente de desarrollo sobre el procedimiento, es la causa de muerte que deberá figurar en el informe de defunción que, aunque tenga las mismas consideraciones que la muerte natural, no debe constar como tal en el certificado de defunción.

[6. Sobre el proceso deliberativo con el paciente:](#)

En este apartado, que por su importancia fue especialmente valorado por el Grupo, se considera que el proceso deliberativo con la/el paciente debe iniciarse en el momento en que la persona evoca su derecho. Igualmente se considera que es necesario asegurar la existencia de un plan anticipado de cuidados, donde el proceso de morir aparezca sin plazos y con una cierta tregua ante el proceso propuesto en la PL.

La naturaleza del proceso deliberativo debe ser reflexivo, continuado en el tiempo y con plazos que pueden variar en función de las personas que lo llevan a cabo.

Al mismo tiempo, señalamos que, a fin de garantizar una atención integral, el proceso deliberativo debe darse por un equipo específico de cuidados paliativos, experto en situaciones complejas de final de vida que incorporan a la persona en la toma de decisiones. Además, es necesaria una formación adecuada y continuada de los profesionales sobre este aspecto, con el fin de dar el mejor acompañamiento a los pacientes en el proceso eutanásico.

7. Sobre la objeción de conciencia:

Consideramos que en el procedimiento se debe incluir el momento en el que el profesional objetor debe inhibirse de formar parte del equipo que acompañará a la persona en el proceso con el objetivo de garantizar un acompañamiento sin condicionantes morales y respetuoso con la voluntad y preferencias de la persona.

La inhibición para formar parte del acompañamiento del profesional objetor no implica la no continuidad de la relación terapéutica, aunque ya no forme parte del equipo que acompañará a la persona en la prestación de la eutanasia.

Se debería contemplar en la ley las diferentes formas de objeción y los momentos en los que se debe objetar como, por ejemplo: la objeción a la ley en toda su extensión, exclusivamente a la aplicación de los fármacos y/o al acompañamiento en todo el proceso. También podría darse la situación en la que el profesional quisiera ejercer su derecho ante una situación concreta, no generalizable a todos los casos de petición de eutanasia.

En cualquiera de los casos, la propuesta que hacemos de sustituir el/la médico/a responsable por un “equipo responsable” facilitaría la continuidad del proceso en caso de objeción de conciencia.

Todas esas características que se observan en la objeción pueden hacer de gran complejidad establecer un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia.

Por otra parte, queda pendiente determinar de quien será la Custodia del Registro, si será de la Administración Sanitaria o de los Colegios Profesionales.

8. Sobre la denegación de solicitud:

En primer lugar, consideramos que no debe considerarse como denegación de la prestación, la circunstancia en la que el profesional al que se lo solicita, sea objetor de conciencia.

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico o médica responsable, salvo que la misma derive del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria prevista en el artículo 16.

También creemos que se debe facilitar, en todos los casos, la reclamación ante la denegación de eutanasia.

En nuestra consideración, la PL no aborda de forma clara cómo debe ser el procedimiento de reclamación. Proponemos que, a fin de facilitar la accesibilidad y la equidad en el ejercicio de dicho derecho, la reclamación, si la hubiera, debería ser gestionada desde el mismo acto en el que el profesional remite la información a la Comisión.

En cuanto a las resoluciones desfavorables de la Comisión de Control y Evaluación queda establecido que pueden ser recurridas en la vía contencioso-administrativa. Sin embargo, dicha jurisdicción sufre un colapso cercano a la paralización en casi todas las Comunidades Autónomas (CCAA), por lo que dirigir a una persona que está sufriendo una situación tan apremiante a los juzgados no facilitaría la situación y tardaría mucho tiempo en obtener cumplida respuesta. Por ello, si se contempla esta vía como medio único para garantizar el derecho de las y los ciudadanos, el recurso debe ir acompañado de la calificación de “especial y urgente”.

Entendemos que cualquier tramitación ante la vía contencioso administrativa puede, en estas circunstancias, resultar de difícil cumplimiento en los plazos que propone la PL (cinco días).

9. Sobre la protección de la intimidad del paciente y la confidencialidad:

Consideramos que, a efectos de cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales,

En este sentido de la protección de la intimidad del paciente y la confidencialidad, se hace especial mención a que los centros que reciban la autorización como centro sanitario para proveer la prestación de eutanasia y suicidio asistido, deben cumplir escrupulosamente con los criterios en relación a la información y el tratamiento de datos de acuerdo a lo previsto en la *Ley Orgánica, 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*^{viii}.

10. Sobre la Comisión de Control y Evaluación:

Consideramos que parece más adecuado a su verdadero significado que la comisión se llame Comisión de Garantía y Evaluación⁵.

Creemos que debe constar en el procedimiento para la creación de la Comisión de Control y Evaluación (o de Garantía y Evaluación) la incapacidad para formar parte de ella a quien manifieste ser objetor de conciencia.

Esta Comisión representará para la ciudadanía el órgano responsable de velar por el cumplimiento de los requisitos para la aplicación de la prestación.

Por este motivo recomendamos que no debe haber excepciones a la necesidad del dictamen previo de la Comisión, ya que ante la posibilidad de muerte inminente pierde sentido la aplicación de la eutanasia, disponiéndose además de medidas de alivio del sufrimiento y control de síntomas refractarios en momentos finales como es la sedación paliativa.

En los casos de posible pérdida de la capacidad y cuando la solicitud ya estuviera iniciada, también opinamos que el procedimiento deberá continuar hasta el dictamen de la Comisión, independientemente de dicha pérdida de capacidad.

Además, estas recomendaciones sugeridas ofrecerán garantías a la parte de la ciudadanía contraria a la regulación de la eutanasia ya que, entre los argumentos que plantean, se encuentra la preocupación por el concepto de la “pendiente resbaladiza” entendido como la posibilidad de hacer interpretaciones no adecuadas de la Ley e incluir casos sin el cumplimiento de los requisitos o de flexibilizarlos en exceso.

⁵ Modificado en la última versión del texto.

11.Sobre la realización de la prestación:

A fin de ofrecer una prestación de calidad, cálida, segura y de manera integral, se considera que, desde la misma Ley, se debe establecer la necesidad de disponer de guías y protocolos consensuados para su realización.

Se debe entender que morir no es un acto concreto sino un proceso que debe ir acompañado de un protocolo que garantice el mejor interés del paciente: morir sin dolor, acompañado, respetando sus creencias, etc.

Como entendemos que todo el procedimiento de la eutanasia debe ser gestionado por un equipo de profesionales, proponemos que en la documentación que debe entregarse a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la prestación, consten el nombre, apellidos y número de colegiado/a de los/las profesionales sanitarios que han acompañado a la persona hasta el final de su vida.

12. Sobre dónde llevar a cabo la prestación:

Recomendamos que se incluya el domicilio de la persona solicitante como posible lugar de provisión de la prestación, así como las residencias para persona mayores o discapacitados que tienen la consideración de domicilio para las personas que viven en ellas.⁶

Como Grupo nos preocupa la posibilidad de que, con el actual redactado de la PL que se discute, puedan crearse centros monotemáticos para la oferta de la prestación ya-que esto entraría en contradicción con la idea que ha guiado las deliberaciones del Grupo, en el sentido de que la misma debe ir ligada al proceso de acompañamiento del final de la vida.

Se debe evitar que la oferta de la prestación se desvincule del resto del proceso asistencial por lo que es necesario establecer criterios que garanticen la calidad de la misma. Criterios que, como mínimo, deben contemplar la formación de los profesionales, la disponibilidad de espacios que garanticen la intimidad y la posibilidad de acompañamiento.

En el texto de la Ley se recoge “se realizará en centros sanitarios públicos y privados”; la clasificación de centros sanitarios según el *RD 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de*

⁶ Una de las enmiendas aprobadas incluye modificaciones en este sentido: “La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, **y en el domicilio**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza”.

centros, servicios y establecimientos sanitarios, acoge desde el hospital hasta la clínica dental por lo que proponemos acotar el tipo de centro que dispondrá de la oferta de la prestación de eutanasia.

13. Sobre la formación de los profesionales:

Una cuestión que no aborda la PL es la formación de los profesionales que presten el acompañamiento y apliquen la prestación. Creemos que es fundamental tanto la formación previa como la formación continuada.

También creemos que debe haber un especial cuidado y supervisión de estos profesionales, por estar en contacto directo y continuado con el sufrimiento y el final de la vida. Abogamos por la formación continuada y estrategias de cuidado y autocuidado para todos los profesionales sanitarios en contacto directo y continuado con el sufrimiento y el final de la vida.

Conclusiones

Desde la primera reunión, el Grupo de trabajo ha mantenido un clima de respeto a las opiniones de los y las participantes que ha permitido trabajar eficazmente, expresando opiniones y argumentaciones de posiciones muy diferentes y en algunos casos contrarias a la eutanasia.

Creemos que no debe haber dilema entre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia y la prestación de cuidados paliativos. Nuestro sistema sociosanitario debe ser capaz de asegurar unos cuidados paliativos de calidad, el apoyo a la salud mental, los medios de apoyo para las situaciones de discapacidad y dependencia y los recursos sociales que ayuden a transitar hacia el final de la vida. Con frecuencia “no quiero vivir” significa “no quiero vivir así”. Se hace necesario que las CCAA que no tengan leyes autonómicas sobre el final de la vida y los cuidados paliativos las establezcan y aquellas que ya tienen las leyes las desarrollen en toda su potencialidad. Los cuidados paliativos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud no son los óptimos y que se hace necesario una ley de cuidados paliativos (no sólo la de cada CCAA que, a fecha de hoy, hay 8 de 17 comunidades) que garantice la equidad de la atención al sufrimiento.

Entendemos que se debería hacer referencia a la importancia de contar con el apoyo de los Comités de ética asistencial; si bien su papel no es preceptivo, si pueden tenerlo en materia de formación en los centros en los que se ofrezca la prestación de eutanasia. Los comités de ética asistencial pueden ayudar a los profesionales en los dilemas éticos que pueden plantearse, especialmente en la etapa inicial de la aplicación de la Ley.

Creemos necesario revisar los criterios y situaciones en las que se pueda ejercer el derecho a la objeción de conciencia.

Y en este mismo sentido, consideramos que pueden identificarse diferentes niveles de objeción, de manera que se puede dar la objeción basada en el rechazo general a la legitimidad de la ley y, por otra parte, puede producirse la objeción de conciencia ante la aplicación de la eutanasia, aunque se acepte el acompañamiento de la persona en el resto del proceso.

Nos gustaría añadir que, como Grupo de trabajo, aun entendiendo que se trata de un texto legal, encontramos el texto excesivamente frío e

impersonal y echamos en falta más calidez e inclusión de aspectos que ayuden a entender cómo son las situaciones vividas por las personas que puedan solicitar esta prestación.

ⁱ Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en:

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>

ⁱⁱ Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi. Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.comgi.eus/Fichero.aspx?mod=gescontenidos&sec=arc&lng=ES&cod=1228&fil=20210129090650954ARCH_Fichero.pdf&nom=Informe%20PDF

ⁱⁱⁱ Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi (2006). [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/repositori_eutasui.pdf

^{iv} Serrano del Rosal, Rafael y Heredia Cerro, Adrián (2018). Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 161: 103-120. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.161.103>)

^v Centro de Investigaciones Sociológicas. Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal. Estudio 2.803. Mayo-junio 2009. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2800_2819/2803/es2803.pdf

^{vi} Ferrándiz José Pablo. Metroscopia. Pulso de España. Sondeo febrero 2017. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://metroscopia.org/muerte-digna/>

^{vii} 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. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

^{viii} Ley Orgánica, 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>

Anexo 1

Votos Particulares

Voto particular presentado de manera conjunta por: la Sra. Isabel M^a Borrás Rosselló, la Sra. M^a Sandra Ferrer Gelabert, el Sr. Hernán Gioseffi, la Sra. M^a Belén González Gragera y la Sra. M^a Ángeles González López.

Al voto presentado se adhiere el Sr. Joan Roig Julià.

Con el máximo respeto a todos los integrantes del Pleno del Comité de Ética Autonómico de Les Illes Balears (CEAIB), queremos hacer constar nuestro voto particular respecto al informe final sobre los *“Aspectos éticos que deben estar incluidos en la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia”*.

A continuación, referimos las objeciones a los diferentes apartados del informe

1. SOBRE EL APARTADO INTRODUCCIÓN

El planteamiento de trabajo ha sido afrontar los dilemas éticos dentro de la proposición de ley de eutanasia, a partir de la solicitud de la Consejera de Salud y Consumo. Consideramos que, como grupo integrante del Comité de Ética Autonómico y como función propia de nuestro CEAIB, debiera haber sido condición imprescindible una fase preliminar o paralela donde poder reflexionar acerca del sufrimiento de final de vida y el proceso de morir, así como un debate ético más profundo sobre la propia ley.

Esto habría permitido alcanzar unas conclusiones más sólidas sobre las premisas necesarias, los puntos de partida y los objetivos de una futura legislación en este ámbito.

2. SOBRE EL APARTADO JUSTIFICACIÓN Y ACUERDOS

2.1 Como en toda justificación de un informe, se suelen aportar todas aquellas razones en favor de la defensa del objetivo que se pretende. Por ello, el hecho de omitir de este apartado las reflexiones sobre la muerte y el derecho fundamental a la vida, así como sobre conceptos como libertad, sufrimiento, dignidad y compasión entre otros, hace que la conclusión a la que se llegue tenga menos riqueza de contenido y pueda resultar parcial. La deliberación acerca de los conceptos anteriores habría permitido rebatir el posicionamiento que sostiene el presente informe: *“la ley que regula la eutanasia responde a la regulación de un derecho individual y subjetivo (...)”*

y que esta ley se fundamenta en el desarrollo pleno de los principios de autonomía y beneficencia de la persona atendida” y, de ese modo, podría haberse acercado al posicionamiento de los profesionales que rechazamos la ley porque valoramos otros modos de afrontar el sufrimiento.

2.2 No consideramos que la eutanasia corresponda a una demanda continuada de la sociedad ni que tenga la importancia social que quiere otorgársele en base a unos casos mediáticos que podrían solucionarse de otra forma dentro de la legalidad.

2.3 Queremos hacer mención del papel que confiere *la presente ley al acto eutanásico, considerándolo como “acto médico”*. La reflexión que nos ofrece la Deontología de nuestra profesión pretende que el análisis vaya más allá de la ley, pues estos son los principios sobre los que se sustenta la Medicina y rigen la relación médico-paciente. Por tanto, al igual que manifestó el Consejo General de Colegios de Médicos (CGOMC) el 18 diciembre 2020, consideramos que la eutanasia no es un acto médico, es contrario a nuestro Código de Deontología Médica y contradice los posicionamientos de la Asociación Médica Mundial (AMM).

3 SOBRE EL APARTADO REVISIÓN DEL ARTICULADO Y PROPUESTAS.

3.1 Existe una preocupación entre los facultativos, en particular entre los profesionales del ámbito de la psiquiatría, acerca de cómo compatibilizar esta ley con uno de los objetivos y principales esfuerzos en materia de salud mental como es la prevención del suicidio, en la actualidad materializados en programas de prevención del suicidio que se incluyen dentro de Planes Estratégicos de Salud Mental. Así lo refleja la Sociedad Española de Psiquiatría en su posicionamiento sobre la ley, donde aborda el tema del suicidio: *“En sociedades en las que la prevención del suicidio se considera una responsabilidad global, y la disminución de las cifras anuales un objetivo común, no puede soslayarse la incongruencia de plantear la ayuda a morir en personas que sufren trastornos que tienen entre sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir.”*

3.2 Queremos destacar que el redactado del proceso de una ley de este calado, no permite un único momento de análisis donde vislumbrar toda su gama de complejidades, sino que sigue requiriendo de nosotros ese arduo trabajo para poder llegar a abarcar la gran cantidad de dificultades y dilemas éticos que por sí misma la ley ya entraña. Por ello, tenemos grandes dudas de que estos puedan ser resueltos en tan corto espacio de

tiempo como se pretende al activar la ley, dejando un plazo de escasos tres meses hasta su puesta en marcha.

4. SOBRE EL APARTADO CONCLUSIONES:

4.1 Teniendo en cuenta que somos un Comité de Ética Autonómico, órgano independiente, consultivo y a la vez responsable de velar por que se den requisitos de calidad en materia de salud, en este informe debería quedar reflejado el cómo y cuándo se aprueba una de las leyes de mayor trascendencia en el campo de la Bioética:

- En primer lugar, por aprobarse en medio de una pandemia, momento exento del sosiego y posibilidad de reflexión por el sufrimiento añadido de la sociedad y de los profesionales de la salud.
- En segundo lugar, por llevarse a cabo sin el asesoramiento cualificado en materia tan sensible, sin debate social preliminar ni una consulta a los Colegios Profesionales directamente relacionados. Su tramitación como proposición de ley y no como proyecto de ley ha hecho que no sea preceptivo contar con la opinión del Consejo de Estado, del Comité de Bioética de España o del Consejo General del Poder Judicial, pese a que será necesario cambiar el Código Penal para su aprobación. En una materia tan sustancial, creemos que habría sido lo éticamente exigible.

4.2 Por otra parte, queremos añadir unas consideraciones más relación con los Cuidados Paliativos.

- Consideramos que, como medida prudente y previa al derecho a la prestación de ayuda a morir o eutanasia, debería haberse llevado a cabo aquello que vemos como una verdadera prioridad en materia de sufrimiento: una ley nacional de Cuidados Paliativos. En este punto nos sumamos a las conclusiones del informe del Pleno. Queremos añadir que el Atlas Europeo de Cuidados Paliativos sitúa a España en el número 31 de 51 países europeos, con 0,6 servicios de CP/100.000 habitantes (al mismo nivel que Georgia, Rumanía, Letonia o República Checa) cuando la media de Europa es de 0,8; en términos prácticos significa que la cobertura de atención paliativa en España sólo es del 50%.

- Sabemos que los Cuidados Paliativos atienden todas las dimensiones del ser humano enfermo y, por tanto, consideramos que regular dicho entorno es la opción más acorde con la dignidad de la persona al final de su vida o en la trayectoria de enfermedades avanzadas. Creemos que su regulación sería el modo de equilibrar la balanza de modo que exista una alternativa para aquellas personas que no quieran verse abocados a la

eutanasia; la eutanasia no debiera convertirse en salida única para las personas en situación de grave sufrimiento por el simple hecho de no haber realizado previamente inversiones adecuadas en políticas de mejora en el cuidado de los enfermos.

-Consideramos que, para que pueda darse el requisito de un acto verdaderamente libre y autónomo, deberían abordarse todos aquellos condicionantes sociales y económicos que ayuden a proporcionar la mejor asistencia posible a los enfermos que padecen una grave enfermedad orgánica o psíquica generadora de gran incapacidad y sufrimiento insoportable. La lentitud en la tramitación de las ayudas y en los tiempos de la ley de dependencia podría restar la libertad necesaria para la toma de decisiones en pacientes en los que las carencias socioeconómicas se pueden estar sumando a la situación de grave sufrimiento físico o psíquico.

El Pleno del CEAIB está formado por:

Presidenta

Sánchez-Cuenca López, Pilar

Vocales

Alberdi Castell, Rosa María
Ferrer Gelabert, Sandra
García Rodríguez, Joaquín
González Gragera, M^a Belén
González López, M^a Ángeles
Llull Serralde, Micaela
Ribas Bisquerra, Margarita
Roig Julià, Juan
Salinas Sanz, José Antonio
Vacas Guerrero, Mercedes
Vega García, Silvia
Vives Ramis, Margarida
Balcell Martí, Marta
Borrás Rosselló, Isabel
Duro Robles, Rosa
Fernández Pineda, Javier
Gioseffi, Hernán
Lerma García, Daniel
Moreno Mulet, Cristina
Torrebellà Seguí, Joaquim
Torres Ailhaud, Javier

Secretaria

Muñoz Alonso, Yolanda