

Proposiciones de ley sobre el final de la vida (I)

Tres grupos parlamentarios han presentado recientemente sendas Proposiciones de Ley en el Congreso de los Diputados para la regulación de derechos al final de la vida. En este número de ADS se ofrece el análisis de las Proposiciones del *Grupo Ciudadanos* y del Grupo liderado por *Podemos*, siguiendo el orden cronológico de presentación de las mismas en las Cortes (*Ciudadanos* el 2 de diciembre de 2016 y *Podemos* el 18 de enero de 2017), dejando para el próximo número el análisis de la última presentada, correspondiente al *Grupo Socialista* (el 7 de febrero de 2017).

El análisis temático y sistemático de las mismas permite adentrarse en sus postulados, conocer su contenido y contrastes en torno a una cuestión que presenta grandes matices bioéticos, médico asistenciales, jurídicos, religiosos y sociológicos.

La regulación de los cuidados paliativos y su potenciación es un asunto demandado socialmente, sin embargo *Podemos* reclama despenalizar la eutanasia y además su reconocimiento como “prestación” pública. *Ciudadanos* se centra en los cuidados paliativos y en el derecho de rechazo y retirada de tratamiento, incluso del soporte vital, lo que podría permitir una eutanasia encubierta.

La falta de precisión terminológica al abordar el derecho al rechazo y retirada de tratamiento -tanto de la Proposición de *Ciudadanos* como de la de *Podemos*- induce a confusión al extenderlo a medidas de soporte vital sin especificar cuáles.

Podemos no deja de sorprender al recoger en su Proposición de Ley que la eutanasia no se considere muerte provocada sino “natural”, para que tenga efectos en los seguros de vida. Las dos Proposiciones de Ley crean un catálogo de derechos para los pacientes y otro de obligaciones para los profesionales de la salud, especialmente los médicos, cuya objeción de conciencia está condicionada.

ADS. La *Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida* ha sido presentada por el ‘Grupo Ciudadanos’, la *Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia* lo ha sido por el ‘Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea’, y la *Proposición de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida* ha sido promovida por el ‘Grupo Socialista’.

Las tres se encuentran a la espera de contestación por el Gobierno para que manifieste su criterio y su conformidad o no con la tramitación. En este número de ADS se expone, siguiendo el orden cronológico de presentación en el Congreso de los Diputados, el análisis de las Proposiciones del Grupo Ciudadanos y del Grupo liderado por Podemos, dejando para el próximo número el análisis de la última presentada, correspondiente al Grupo Socialista.

No es la primera vez que se propone una regulación de la atención al enfermo terminal, pues ya en junio de 2011 fue presentado el *Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida* (*), que no dió tiempo a tramitar por disolución de las Cortes y convocatoria de elecciones en septiembre de ese mismo año.

PROPOSICIÓN DEL GRUPO CIUDADANOS

Presentada el 2 de diciembre de 2016

El 2 de diciembre de 2016 fue presentada la Proposición de Ley del *Grupo Ciudadanos* en el Congreso de los Diputados. Su título varía sustancialmente con la del Grupo de *Podemos*, y ligeramente con la del *Grupo Socialista* al incluir la de *Ciudadanos* el término ‘dignidad’ ante el proceso final de la vida. La Proposición de Ley de *Ciudadanos* está estructurada en cinco títulos, cinco disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales. El *Preámbulo* recoge el marco legal y jurisprudencial, fundamentalmente especifica la doctrina constitucional sobre el derecho al rechazo del tratamiento y la facultad de autodeterminación de una persona cuando pelagra su propia vida en el contexto de la asistencia sanitaria y las opciones clínicas disponibles.

Se refiere a los cuidados paliativos como la forma de mitigar el dolor de pacientes incluso cuando ello pueda acortar o incluso poner en peligro inminente su vida: “Pueden ser la opción más adecuada y, a la vez, la más humana para garantizar que puedan afrontar el proceso final de su vida de manera digna”.

La redacción de este precepto es acorde con principios bioéticos y deontológicos en cuanto acepta que el devenir del momento final de la vida no debe ser provocado o intencionado, sino que se pro-

duce como desenlace en un contexto médico de alivio del dolor o el sufrimiento insoportable.

El ámbito de aplicación de la ley se define mediante la presencia de un “pronóstico vital reducido en el tiempo e irreversible, ocasionado tanto por una enfermedad incurable como por un deterioro extremo que provoca trastornos graves en quienes lo padecen”.

El texto propuesto por *Ciudadanos* recoge una declaración de derechos de las personas al final de su vida, a prestaciones sanitarias y de otra índole, a cuidados paliativos integrales, a recibir esos cuidados en el domicilio u otro lugar, a la sedación paliativa, al acompañamiento familiar, a la estancia en habitación individual de pacientes en situación terminal, a nombrar representante legal, a las instrucciones previas y sus formas de modificación.

El *Título Preliminar* recoge las disposiciones generales; el *Título I*, los derechos de las personas ante el proceso final de su vida; el *Título II*, los deberes de los profesionales sanitarios que atiendan a personas en el proceso final de su vida; el *Título III*, la garantía de los centros e instituciones sanitarias, y el *Título IV*, las infracciones y sanciones.

Las *Disposiciones adicionales y finales* tienen por objeto asegurar el carácter básico de la ley, y proponer que todas las Administraciones sanitarias doten de recursos al sistema para que la atención integral de los cuidados paliativos sea efectiva. También contempla la modificación legal de las instrucciones previas.

El *Título Preliminar* limitaría la aplicación de la ley a los casos de “pronóstico vital reducido en el tiempo e irreversible, ocasionado tanto por una enfermedad incurable como por un deterioro extremo que provoca trastornos graves en quienes lo padecen”. El *Título I* recoge los derechos de las per-

(*) Ver, en ADS nº 182 / Mayo 2011, ‘Derechos del enfermo terminal, propuestas bioéticas en torno a su regulación’, serie de entrevistas realizadas a expertos en bioética y deontología: CARMEN DE LA FUENTE HONTAÑÓN, TERESA ALFONSO, JOSÉ MARÍA GALÁN Y ANTONIO PIGA RIVERO. Ver también, en ADS 234, 235 y 236/2016, la serie de artículos de ALFONSO LÓPEZ DE LA OSA titulada ‘Luces y sombras de la Ley francesa 2016-87 creadora de nuevos derechos en favor de las personas al final de la vida’.

sonas ante el proceso final de su vida como los relativos a la información asistencial (de forma separada los de los menores de edad), a la toma de decisiones y al consentimiento informado, a las instrucciones previas; al rechazo y retirada de intervención, tratamiento terapéutico, e incluso el “soporte vital”; a los cuidados paliativos integrales y al tratamiento del dolor, al acompañamiento familiar y espiritual, y a la intimidad personal y familiar.

Los *Títulos II y III* establecen los deberes de los profesionales de la salud y las garantías que deben prestar los servicios sanitarios en relación con los derechos del paciente (*Preámbulo*) a que “se respete la voluntad del paciente “como mandato fundamental del personal sanitario, y, en consecuencia, como clave de su seguridad jurídica y de su régimen de responsabilidad”.

Derechos ante el proceso final de la vida

Autonomía y dignidad de la persona. Los artículos 1 y 2 del texto de Ciudadanos definen el objeto y los destinatarios de la norma en cuanto al ejercicio de derechos y deberes, que son las personas que están en el proceso final de su vida, el personal sanitario, centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, aseguradoras y mutualidades.

El objeto es, por tanto, regular los derechos y deberes de pacientes y profesionales en ese contexto, y “las garantías para la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso”.

Prima la autonomía y la voluntad de la persona (*artículo 3*), y la garantía de su dignidad en cuanto al rechazo del tratamiento o la interrupción del mismo, sin que ello suponga el menoscabo de cuidados y de atención sanitaria integral. La atención personalizada y la continuidad de los cuidados son aspectos esenciales de este precepto.

Limitación del esfuerzo terapéutico. El significado de la limitación del esfuerzo terapéutico se detalla en el *artículo 4* de la propuesta de

Ciudadanos, junto a otras definiciones como las que atañen a las instrucciones previas, los cuidados paliativos, la medida de soporte vital, la obstinación terapéutica, a la persona en el proceso final de su vida, la sedación paliativa, la sedación en la fase de agonía, el síntoma refractario, la situación de incapacidad de hecho, la situación terminal, el testamento vital y los valores vitales.

Derechos de información. El *artículo 5* regula el derecho del paciente a ser informado -y a rechazar la información- sobre su estado de salud según sus capacidades cognitivas y sensoriales, y sobre la posibilidad de realizar testamento vital o últimas instrucciones de forma reflexiva, con suficiente anticipación. Estas instrucciones deben figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en formato digital como en papel, “de tal manera que cualquier médico que acceda a ellas no pueda obviar su existencia”.

La elección de representante legal por el enfermo, el derecho a recibir información por escrito para recabar una segunda opinión médica, y el supuesto de la limitación de la información por estado de necesidad terapéutica -salvo en el caso de terminalidad-, son otros aspectos regulados en el *artículo 5*.

Toma de decisiones y consentimiento. El derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado -verbal por regla general-, y el de otorgar instrucciones previas, su modificación y revocación, se regula en los *artículos 7 y 8*, respectivamente.

En las instrucciones previas se podrá designar representante legal, que siempre deberá respetar los valores u opciones vitales reflejadas en las mismas. Mientras la persona conserve la capacidad en el proceso final de su vida prevalece su voluntad siempre.

Derecho al rechazo y retirada de tratamiento, e incluso del soporte vital. El ‘derecho al rechazo y a la retirada de intervención’, tratamiento o procedimiento propuesto por los profesionales de la salud, se contempla en el *artículo 8*, lo que incluye las medidas de soporte vital, tras un proceso de

información y decisión libre, voluntaria y consciente, sin que ello suponga un menoscabo de los cuidados paliativos del dolor y el sufrimiento. La medida de soporte vital se define (*artículo 4.g*) como aquella “intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico, que amenaza la vida de la misma. Se incluye entre ellas la ventilación mecánica o asistida, la nutrición forzada y la diálisis”.

La retirada de medidas de soporte vital en el *artículo 8* sin especificar cuáles ni el procedimiento presenta objeciones de carácter ético y puede dar lugar a eutanasias encubiertas, según expertos en medicina paliativa.

Personas incapacitadas. El *artículo 9* aborda una situación a menudo conflictiva como es la toma de decisiones y el ejercicio del derecho de información asistencial por las personas que están incapacitadas, bien sea de hecho o judicialmente, situaciones en las que en cualquier caso el médico debe valorar la capacidad de hecho del afectado, siguiendo el modelo de deberes profesionales que se aborda en el *artículo 16*.

La incapacidad no es obstáculo para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones según su discernimiento, que siempre buscará su mayor beneficio y el respeto de su dignidad personal.

Menores de edad. La participación en el proceso por menores de edad es otra materia sensible para el Derecho y la Medicina. El *artículo 10* recoge sus derechos de información asistencial y a la toma de decisiones de acuerdo con su capacidad de comprensión. Garantiza todos los derechos de la *Ley de Protección de la Infancia y la Adolescencia*, y, además, los relativos a la información “adaptada a su edad, madurez o desarrollo mental y estado afectivo y psicológico, sobre el conjunto del tratamiento médico o de cuidados paliativos al que se les somete y las perspectivas positivas que éste ofrece”. No cabe el consentimiento por representación en el caso de menores no in-

capaces ni incapacitados emancipados o con 16 años cumplidos, y, en el caso de que tengan 12 años cumplidos, el consentimiento podrá prestarlo el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión, cuando no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

Primacía del derecho a la vida y la salud del menor. Los derechos de los progenitores, tutores o guardadores legales se recogen en el *artículo 10.4*, entre ellos el de no prestar consentimiento, caso en el que será la autoridad judicial, “previa prescripción facultativa, quien otorgará, en su caso, el consentimiento, primando siempre el derecho a la vida y a la salud de la persona menor de edad”.

Sedación paliativa. El ‘derecho a los cuidados paliativos integrales y el tratamiento del dolor’ (*artículo 11*) incluye la sedación paliativa, “si el dolor, o cualquier otro síntoma que produzca molestias severas, son refractarios al tratamiento específico, aunque ello implique un acortamiento de su vida”.

Estos cuidados podrán prestarse en el centro sanitario o en el domicilio, “o en cualquier otro que designen” si no hay contraindicación médica.

Contención mecánica. Se considera mala práctica la contención mecánica más allá de 24 horas (*artículo 11.3*), salvo que existan condiciones clínicas o asistenciales que hagan imposible alcanzar el nivel de sedación suficiente.

Derechos de intimidad y acompañamiento familiar, espiritual o religioso. El ‘derecho de acompañamiento’ (*artículo 12*) incluye al entorno familiar y afectivo y no “a personas externas que sean desaconsejadas o incompatibles con la prestación sanitaria de conformidad con los criterios clínicos”. El derecho de asistencia espiritual o religiosa se expresa en este mismo precepto, de acuerdo con la *Ley Orgánica 7/1980 de Libertad Religiosa*.

El derecho a la intimidad personal y familiar (*artículo 13*) afecta no sólo al tratamiento de la información y de los datos personales de salud, sino al deber de garantizar una habitación individual durante el ingreso hospitalario.

Deberes de los profesionales sanitarios

Los deberes profesionales se desglosan en el *Título II (artículos 14 al 17)*, especialmente los del médico en cuanto a garantizar el cumplimiento de los derechos de información que obligan también al resto de los profesionales de la salud que atienden al paciente, dejando constancia en la historia clínica de que la información ha sido proporcionada y comprendida por el afectado.

Indicación clínica y consentimiento

El *artículo 15* establece una obligación profesional esencial como es que el médico responsable no puede aplicar una intervención sanitaria sin un juicio clínico previo que esté médicamente indicado y sin el consentimiento libre y voluntario del paciente, respetando sus “valores, creencias y preferencias”.

En este contexto suelen producirse conflictos entre médicos y Testigos de Jehová cuando éstos rechazan las transfusiones de sangre aunque ello suponga un riesgo vital real e inminente.

La objeción de conciencia, condicionada

Los profesionales sanitarios están obligados a “abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas”, según expone el *artículo 15.2*.

En este mismo contexto de las creencias y convicciones personales se ubica de forma muy escueta, al final del *artículo 15.2*, la objeción de conciencia: “En estos casos podrán alegar la cláusula de objeción de conciencia siempre y cuando exista un profesional cualificado para sustituirles”.

La condicional redacción de este precepto presenta un peligro real de responsabilidad profesional -y de restricción de la objeción de conciencia del personal sanitario - en los casos en que no exista otro profesional cualificado, lo que no es infrecuente en determinados centros sociosanita-

rios y circunstancias (guardias, fines de semana, etc.).

Incapacidad de hecho. La valoración de la incapacidad de hecho es otra cuestión sensible que se acomete en el *artículo 16*. Es el médico responsable quien debe valorarla y hacer constar la misma “adecuadamente” en la historia clínica.

A tal efecto se propone en este artículo una serie de criterios que permitirían valorar la incapacidad de hecho que resulte muy útil como guía de actuación para adoptar una decisión objetiva con base médica que permite “contar con la opinión de otros profesionales” e incluso con la de la propia familia. El médico deberá consignar esta valoración en la historia y concretar quién actuará en nombre de la persona que está en situación de incapacidad de hecho.

Limitación del esfuerzo terapéutico (artículo 17). La limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión que compete al médico, oído el personal de enfermería, que debe evitar la obstinación terapéutica, y que, en situación de sedación en fase de agonía, permite “suspender todos aquellos tratamientos o medidas de soporte que no sean precisos para mantener el control de los síntomas, a fin de no alargar innecesariamente el proceso de agonía”.

Garantía de centros e instituciones sanitarias

El *Título III* de la Proposición de Ley promovida por *Ciudadanos (artículos 18 al 23)* establece las garantías por los centros e instituciones sanitarias de los derechos de los pacientes, el acompañamiento familiar sin límite de visitas, al apoyo a la familia y las personas cuidadoras, el asesoramiento en cuidados paliativos, y la estancia en habitación habitual.

El *artículo 23* establece la obligación de disponer del centro sanitario de estar vinculado con un Comité de Ética Asistencial, acreditado oficialmente por la Consejería de Salud. Sus informes no sustituirán decisiones clínicas, “salvo en casos de discrepancia entre profesionales y pacientes”, cir-

cunstancia en la que podrán proponer alternativas o soluciones “éticas” a aquellas decisiones controvertidas.

Infracciones y Sanciones

El *Título IV* (artículos 24 al 28), de las infracciones y sanciones, advierte en las disposiciones generales de la responsabilidad civil, penal, administrativa o de otro orden que pueda concurrir, sin perjuicio del esquema previsto en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*.

La responsabilidad surge por una acción u omisión con dolo, culpa o negligencia (artículo 24), que puede dar lugar a infracciones leves, graves o muy graves (artículos 25 al 28). Se catalogan como infracciones *muy graves* aquellas que obstaculizan o impiden los derechos del Título I (de las personas en el proceso final de la vida) y los deberes profesionales del Título II.

La deficiente cumplimentación de datos clínicos o el impedimento del acompañamiento en el proceso de muerte, “salvo que existan circunstancias clínicas que así lo justifiquen”, son infracciones que se tipifican como *graves*.

La *infracción leve* se define como “el incumplimiento de cualquier obligación o la vulneración de cualquier prohibición de las previstas en esta ley, siempre que no proceda su calificación como infracción grave o muy grave”.

El régimen de sanciones administrativas se remite a lo dispuesto en el artículo 36 de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, sin perjuicio de las sanciones económicas que se puedan imponer y la posible revocación de la autorización administrativa para prestar servicios sanitarios.

Disposiciones finales

Recursos a adoptar por las Administraciones.

Para la eficacia de los cuidados paliativos, las disposiciones que se incluyen al final del texto pro-

ponen recursos que deben adoptar las Administraciones sanitarias, como la formación en cuidados paliativos de profesionales, la dotación de unidades especializadas, incluidas las de cuidados paliativos infantiles y equipos de soporte tanto para la atención hospitalaria como para la domiciliaria.

La *Disposición final primera* propuesta por Ciudadanos establece la modificación del *artículo 11* de la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, relativo a las instrucciones previas, para que sean eficaces en todo el territorio nacional siempre que no contravengan el ordenamiento jurídico, y para que el interesado pueda decidir sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo una vez que se ha producido el fallecimiento.

PROPOSICIÓN PRESENTADA POR EL GRUPO ‘PODEMOS’

Presentada el 18 de enero de 2017

La ‘Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia’, promovida por el *Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea* consta de una Exposición de Motivos, cinco títulos, diecisiete artículos, una disposición adicional, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

La *Exposición de Motivos* expone la evolución legislativa en torno a la autonomía de la decisión de salud informada del paciente en España, tanto de ámbito nacional como autonómica, así como la de los países europeos y Estados norteamericanos que han despenalizado la eutanasia.

La finalidad de la Exposición es justificar la regulación de derechos de eutanasia y de suicidio “médico asistido” y la eliminación del Código Penal de su tipificación como delito, es decir, como una conducta que dejaría de ser reprochable sólo en la ley.

La polémica iniciativa propone abiertamente el derecho a la eutanasia y al suicidio “médico” asis-

tido mediante solicitud libre y voluntaria de mayor de 18 años o menor emancipado legalmente, capaz y consciente en el momento de la petición.

La propuesta no se vincula sólo a la enfermedad terminal, sino al padecimiento de sufrimiento psíquico o físico “que la persona considere intolerables” (*artículo 4.3*).

El texto presentado permitiría la legalización de la eutanasia por personas sin capacidad de discernimiento mediante un documento de instrucciones previas.

Contrasentido etimológico y legal. Es igualmente llamativa la previsión del *artículo 7* del texto presentado por el grupo liderado por Podemos cuando define “que la muerte producida por eutanasia se considerará equivalente a una muerte natural a todos los efectos, incluidos los relativos a los seguros de vida”.

Esta Proposición pretende no sólo despenalizar la conducta delictiva, sino que además sea una prestación pública sufragada con dinero público e incluida en la cartera básica de servicios del *Sistema Nacional de Salud*.

Su propuesta permitiría una objeción de conciencia condicionada, sólo de médicos y enfermeros, ya que el objetor estaría obligado a facilitar otro “médico” no objetor y compartir la información para el “correcto manejo del caso”.

La despenalización de la eutanasia que figura al final de la Proposición implicaría modificar el *artículo 143.4* del *Código Penal* para regularla como no punible en los supuestos antes descritos de solicitud voluntaria de una persona en situación de enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte o *que padezca sufrimientos físicos o psíquicos que ella considere insoportables*”.

Objeto y ámbito de aplicación

El *Título I* (Disposiciones Generales) expone en el *artículo 1* el objeto (regular la eutanasia y el suicidio “médico” asistido como derecho, los deberes

del personal sanitario y su garantía por las instituciones sanitarias) y en el *artículo 2* los principios y el ámbito de aplicación.

Según el *artículo 2*, la ley vincularía no sólo a centros sociosanitarios públicos, sino también a los privados en los que se preste asistencia médica a personas en el final de su vida, “facilitando su aplicación en el domicilio cuando así se solicite”.

Definiciones. El *artículo 3* desglosa las definiciones de *eutanasia, suicidio “medicamento” asistido, fase terminal de la enfermedad, obstinación terapéutica, limitación de medidas de soporte vital, decisión informada para el final de la vida, documento de instrucciones previas, objeción de conciencia, médico responsable y médico consultor*.

Confusión entre ‘soporte vital’ y ‘medidas terapéuticas’. Confunde este texto el ‘soporte vital’ con el ‘tratamiento terapéutico’ tal y como está redactado, pues la primera acepción aparece en el título previo a la definición de *Limitación de las medidas de soporte vital* pero no en la propia definición:

“Limitación de las medidas de soporte vital: Comporta la estimación de la futilidad del tratamiento y la irreversibilidad de una enfermedad por los profesionales sanitarios, así como la conveniencia de retirar o no iniciar los tratamientos que tengan por finalidad prolongar la vida, manteniendo solo las terapias necesarias para garantizar al máximo el bienestar del enfermo”.

El texto presentado por el contrincante político de *Podemos, Ciudadanos*, sí define el soporte vital como asistencia que puede no tener finalidad terapéutica. La diferencia es que *Podemos presenta* abiertamente cuál es la intención de su propuesta y *Ciudadanos* lo hace de forma soterrada cuando introduce la retirada del soporte vital en el artículo relativo al derecho de rechazo o retirada de intervención.

La *Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida* del País Vasco, cuando esta-

blece el derecho a rechazar intervenciones, en su artículo 7, se refiere a la “*adecuación de las medidas de soporte vital*” (ver *ADS 243 / Diciembre 2016*). El texto legal del País Vasco exige, en todo caso, que la retirada del soporte vital no se realice por terceras personas o contra la voluntad del paciente.

La *Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía* (ver texto en *ADS nº 171 / 2010*) es también imprecisa y contradictoria porque no establece un procedimiento específico de retirada de soporte vital y en todo caso se relaciona -a través de la figura legal del esfuerzo terapéutico- con un mal pronóstico de vida futura. Hay que tener en cuenta que entre las medidas básicas de soporte vital están las de nutrición e hidratación y que su supresión puede comprometer el bienestar del paciente hasta su fallecimiento, o ser la misma causa del fallecimiento, salvo que se estén aplicando de forma inadecuada, es decir, que no tengan otro objeto que el mantenimiento artificial de la vida, y, con ello, el encarnizamiento terapéutico.

La *Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida* de Canarias, habla más propiamente de la adecuación de las medidas de soporte vital en el contexto de un procedimiento de retirada -o no instauración- de forma consensuada- “preservando las intervenciones necesarias para el adecuado confort de la persona en estas circunstancias”.

“Derecho” a la eutanasia y al suicidio “médicamente” asistido

Solicitud de eutanasia. El Título II de la Proposición del grupo liderado por *Podemos* expone los requisitos para solicitar la eutanasia (*artículo 4*): ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la petición, o menor emancipado legalmente, solicitarlo de forma voluntaria y por escrito, petición que debe repetirse “de manera general” en al menos dos ocasiones con una separación de 15 días, o un periodo inferior si “el

médico responsable considera que la muerte de la persona o la pérdida de su capacidad para prestar consentimiento informado son inminentes”.

El *artículo 4.3* permitiría la eutanasia no sólo por terminalidad de la enfermedad, sino por considerar la persona afectada que padece sufrimientos físicos o “psíquicos” insoportables, lo que amplía notablemente el ámbito de aplicación de la norma.

Eutanasia solicitada por otro. Otra persona mayor de edad podría solicitar la eutanasia si el afectado no es capaz de escribir pero tiene discernimiento (*artículo 6.2*) en presencia del médico “responsable” quedando constancia en la historia clínica. Pretende *Podemos*, por otra parte, que la eutanasia se considere una muerte natural (*artículo 7*), para que tenga efectos en los seguros de vida.

El Título III de la Proposición de Ley promovida por *Podemos* establece las obligaciones del “médico responsable de la eutanasia”.

El médico, ejecutor. El texto carga al médico la responsabilidad de ejecutarla (*artículo 8*), profesional que deberá consultar antes al resto del equipo de profesionales, en especial a los de enfermería.

El “médico responsable” debe constatar la terminalidad o que el afectado padece un sufrimiento psíquico o físico que el mismo considera intolerable (*artículo 8.4*).

Un médico consultor, “sin intereses en el caso”, deberá confirmar que el médico ejecutor ha comunicado al equipo asistencial la petición de eutanasia y el “estado del proceso deliberativo”.

Cumplidos estos requisitos, y los de capacidad, consciencia, voluntariedad, mayoría de edad o emancipación legal, y solicitud por escrito reiterada dos veces en 15 días (*artículo 4*), el ejecutor de la eutanasia “deberá garantizar la prestación” en los plazos que el solicitante considere (*artículo 8.7*) una vez reflejados en la historia clínica, así como el consentimiento del afectado (*artículo 8.8*). Después de la ejecución, el responsable deberá co-

municarla a la *Comisión de Evaluación* (artículo 9) con datos identificativos de profesionales consultados, del representante legal en su caso, del solicitante de la eutanasia, del proceso clínico, del diagnóstico fundamental de la enfermedad grave o terminal y del “motivo por el que el sufrimiento ha sido considerado como intolerable”.

Objeción de conciencia. La denegación de eutanasia por el médico deberá remitirse a la Comisión de Evaluación, y, en el caso de objeción de conciencia, el médico objetor “deberá especificar el nombre completo y lugar de trabajo de los profesionales a los que la persona solicitante de eutanasia fue remitida para que pudiera ejercer su derecho a la eutanasia”.

Garantías de acceso a la “prestación”

La eutanasia se identifica con una “prestación” en el Título IV (*artículo 11, sobre garantías de acceso a la prestación*) que tiene el carácter de “sanitaria”, según el texto, y quedaría “incluida en la cartera básica de los Servicios de Salud”.

Es decir, la intención de este grupo parlamentario, no acaba en la despenalización del delito, sino que pretende que la conducta tenga reconocimiento oficial siendo financiada y prestada con

dinero público, circunstancia que obligaría a todos los Servicios de Salud autonómicos (*artículo 12.1*).

El objetor de conciencia debe facilitar el acceso a la “prestación”. Sólo podrían objetar, en la hipótesis regulatoria de *Podemos*, el personal de medicina y enfermería directamente implicado en la “prestación”.

La decisión de objetar sólo podría ser individual, es decir, no colectiva o institucional, con lo que comprometería a instituciones privadas concertadas por los Servicios de Salud que tienen un ideario contrario a ejecutar la *prestación*.

El objetor deberá facilitar el acceso a otro no objetor, y si se niega a hacerlo o impide de forma efectiva “el ejercicio del derecho a la eutanasia, la Comisión de Evaluación deberá subsanar dicha falta” (*artículo 12.3*).

Las Comisiones de Evaluación (*Título V*) de cada una de las Comunidades Autónomas y la Comisión Estatal de Seguimiento, su composición y funciones, se definen en los *artículos 16 y 17*. La derogación normativa afectaría a todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opusieran a la ley, y la modificación del Código Penal propuesta eliminaría la punibilidad de la conducta eutanásica y la del suicidio “médico” asistido.

