

**ASUNTO: VALORACIÓN DE LA
PROPOSICIÓN DE LEY DE EUTANASIA Y
SUICIDIO ASISTIDO (TEXTO PUBLICADO EN EL
BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES –
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS, NÚMERO 270 DE 21 DE
MAYO DE 2018).**

PETICIÓN

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 26 de enero de 2019, acordó trasladar a la Asesoría Jurídica la petición de valoración de la Proposición de Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido, con especial hincapié en los aspectos conceptuales de la Norma.

TRÁMITE PARLAMENTARIO

El día 3 de mayo de 2018, Rafael Simancas Simancas, Portavoz del Partido Socialista, en nombre de su grupo parlamentario y al amparo de lo establecido en el artículo 124 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentó la Proposición de Ley Orgánica que nos ocupa. Se aprobó su publicación, por el Secretario General del Congreso de los Diputados el 17 de mayo siguiente, materializándose aquella en el Boletín Oficial de las Cortes Generales número 270, del 21 de mayo de 2018.

El 23 de julio 2018 la Mesa de la Cámara acordó encomendar un Dictamen sobre la Proposición a la Comisión de Justicia, abriendo, además, el plazo de 15 días hábiles para que los Diputados y los Grupos Parlamentarios presentasen

enmiendas. La Proposición de Ley, tal y como estaba redactada, se tomó en consideración por 208 votos a favor, 133 en contra y 1 abstención.

TEMÁTICA QUE MOTIVA LA NORMA

Motivos de esta proposición legal.

En criterio del Observatorio de Bioética (Instituto de Ciencia de la Vida) de la Universidad de Valencia son tres las motivaciones de fondo que se le pueden atribuir: 1) Porque la sociedad lo demanda. 2) Porque en otros países de nuestro entorno está legalizada. 3) Y por transformar la eutanasia en un derecho. En un detallado análisis de las dos primeras razones concluye, respecto de la primera, que no existe una auténtica y extendida demanda social (que confunde en gran medida eutanasia con muerte digna), sino que lo que se pretende con la norma es, precisamente, promoverla. En cuanto a la segunda, entendiendo nuestro entorno geográfico y cultural por los 29 países de la Unión Europea, tan sólo en 3 de ellos (Bélgica, Holanda y Luxemburgo) se encuentra legalizada la eutanasia¹. El motivo real es, pues, el tercero, convertir la eutanasia de una posibilidad en un derecho.

El objeto regulatorio central, como expresa el propio título del texto normativo, es, en efecto, la figura de la eutanasia, considerándola en dicho texto como un nuevo derecho individual, inserto en el espacio de la autonomía de las personas para poner fin a la vida de un paciente, cuando éste decide que la conservación de aquella es incompatible con el sostenimiento de su dignidad personal.

¹ Holanda fue el primer país del mundo que legalizó la eutanasia, en el 2002, pocos meses antes de que lo hiciera Bélgica. Luxemburgo la incorporó a su legislación en el 2009. Ricardo De Lorenzo y Montero "Muerte Digna o Muerte Indigna". <https://derechosanitario-rdl.blogspot.com/2018/05/muerte-digna-o-muerte-indigna.html>

El eje central de este proyecto normativo es el reconocimiento, bajo determinadas condiciones, del derecho a disponer de la propia vida, asentado sobre el concepto de persona y en el entendimiento de la existencia de dos posiciones. La de quienes interpretan que aquel derecho se basa en la capacidad de la persona de autonormarse, por un lado, y la de quienes entienden, por otra parte, que la vida humana tiene un valor intrínseco y absoluto, que trasciende, incluso, a la propia voluntad de vivir o morir. Son dos interpretaciones distintas, en definitiva, del artículo 15 de la Constitución Española². La vida como derecho a disposición de su titular o la vida como valor intangible. La decisión de la posición a adoptar es de la máxima trascendencia. En el primer caso la normativa puede, bajo determinados condicionantes, autorizar al aborto o la eutanasia, mientras que en la segunda consideración quedaría legitimada cualquier conducta sostenedora de la vida a ultranza, como el encarnizamiento terapéutico. El texto de la norma, en su Exposición de Motivos, suscribe la primera tesis mencionada cuando afirma que: *...no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.*

El concepto «muerte» parece unívoco, desde un punto de vista ontológico, pero, sin embargo, admite diferentes apreciaciones en los campos ético y jurídico si lo dirigimos hacia la propia vida o hacia la de terceros. La omisión de cuidados vitales, por ejemplo, cobra diferente significado en estas dos diferentes posiciones. El término «matar», o «morir», según lo expresado, puede alcanzar distinto contenido desde un punto de vista jurídico o desde otro moral.

El Derecho es un modo de organizar la convivencia y alcanza particulares dificultades conceptuales y aplicativas en los entornos del comienzo y el final de la

² “Todos tienen derecho a la vida...”

vida humana, como es el caso del aborto y la eutanasia. En ambos casos estos hechos se producen, normal (y deseablemente) en medios medicalizados y hay que fijar las condiciones en las que los profesionales sanitarios no puedan ser imputados, esto es eliminar, en determinados supuestos, la antijuricidad de sus conductas. Así sucede cuando despenalizamos el aborto o la eutanasia en el marco legal condicional de cada una de estas figuras. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se corresponde con el primer caso y la Proposición normativa que estamos examinando atañe al segundo.

El título de la futura norma sobre regulación de la eutanasia no parece demasiado afortunado, pues, aparte de mostrar una visión parcial, puede ser interpretado de manera inadecuada, sin que parezca necesario hacer aclaraciones al respecto sobre este último aspecto. El primer caso es el de la actuación directa del médico sobre el paciente con actos concluyentes que acaben con su vida y en el segundo, es el propio paciente quien acaba consigo mismo, con la ayuda del médico. En un supuesto el médico administra la sustancia o procedimiento y en el otro lo prescribe o proporciona al paciente. Ambos son rechazados, conviene señalar, por la Asociación Médica Mundial³ en cuanto que se considera el deber hipocrático del médico de conservar la vida y proscribire, por tanto, cualquier acción conducente a acabar con ella.

Dos aspectos capitales.

Confluyen dos derechos de la máxima relevancia, de dos sujetos distintos, en este escenario: El del paciente a decidir sobre su propio destino, en una situación vital complejísima como la que regula la norma y el derecho del profesional a

³ Documento MEC 210/Physician assisted Dying Oct. 2018. Proyecto de Declaración sobre la Eutanasia y Muerte con Ayuda Médica. Propuesta presentada durante la reunión del Comité de Ética Médica, en Reikiavik, por la Asociación Médica de Alemania.

rechazar el cumplimiento del mandato legal cuando colisiona con sus convicciones morales (objeción de conciencia en estado puro).

Encontrándose ambos derechos protegidos por la norma sucede aquello que es habitual en el terreno del Derecho Sanitario. Confluyen dos bienes jurídicos en aparente colisión y hay que determinar si debe uno sacrificarse en aras del otro o pueden coexistir y, en este caso, bajo qué forma y condiciones.

Debemos tomar como partida el principio general de que un derecho termina donde empieza el otro y por ello no necesita uno la eliminación del otro para subsistir. El paciente ejerce su legítimo derecho a obtener la privación de su vida, bajo las condiciones y circunstancias legales, pero no puede obligar a un profesional objetor a secundar ese proyecto. A su vez, el profesional que ejerce su, también legítimo, derecho de objeción de conciencia no puede utilizarlo para impedir u obstaculizar el derecho antes mencionado del paciente. Este último ejerce el derecho de disposición de su *vida junto con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE)*⁴.

ACCIONES MÉDICAS AL FINAL DE LA VIDA, OTROS PLANTEAMIENTOS

El 17 de junio de 2011, el Gobierno de España aprobaba el denominado “Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida”, acometiéndose así por primera vez en nuestro país el desarrollo de una normativa dedicada específicamente a la atención médica en la fase

⁴ Exposición de Motivos de la norma

terminal de la vida humana en el ámbito nacional. De este modo se seguía una senda abierta por Comunidades Autónomas como Andalucía, Navarra o Aragón, las primeras que habían publicado ya anteriormente sus propias normas al efecto.

No podemos omitir, en el análisis de estas gravísimas cuestiones, poner un contrapunto. En el terreno del análisis del Derecho Sanitario de la atención médica al final de la vida surge siempre, ciertamente, el movimiento impulsor de la regulación de la eutanasia. No se puede desconocer, sin embargo otra corriente que desde hace varios años viene poniendo en cuestión, por relevantes personalidades en el mundo sanitario, la necesidad de regular la eutanasia en España y así se ha afirmado que, “No es necesario abrir un debate sobre la eutanasia. La línea a seguir es el testamento vital y la extensión de los cuidados paliativos”, haciéndose eco de la preocupación, los temores de una profesión y el confusionismo existente en torno a este debate, motivado por un determinado tratamiento de estas cuestiones en el que es y sigue siendo constante la mezcla de conceptos tales como cuidados paliativos, sedación terminal y eutanasia.

Se preguntan en determinados sectores ¿por qué no se promulga antes la “Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida”, presentado a las Cortes en 2011, la conocida como ley nacional de Cuidados Paliativos? ¿No sería más lógico que se debatiera la eutanasia una vez que estuviera en marcha esta ley de Cuidados Paliativos y se pudiera aplicar a los pacientes terminales una práctica dirigida a eliminar el dolor y a mejorar sus condiciones de vida? ¿Se piensa que si la aplicación de los Cuidados Paliativos fuera efectiva existirían las mismas peticiones de Eutanasia?

En opinión de autorizados expertos la demanda social, real, no es la de la legalización de la eutanasia, cuando en cambio sí existe una realidad social al aseguramiento de la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida y la garantía del pleno respeto de su libre voluntad en la toma de decisiones sanitarias que les afecten en dicho proceso.

En este debate sobre la regulación de la eutanasia corremos el riesgo de efectuarla al margen de los profesionales sanitarios, pensando en ellos como “agentes”, y olvidando la extremadamente delicada cuestión, que presenta un agudo dilema moral generador del enfrentamiento entre los dos principios fundamentales del derecho a la vida y el derecho a morir dignamente, que es la traducción del derecho a disponer de la propia vida, basado asimismo en la libertad como valor absoluto, lo que exige suma cautela y desde luego la opinión de los profesionales de la salud.

Para prestar una atención integral y de calidad a los pacientes graves o terminales, se hace necesario formar a los profesionales en esta materia, dotar de medios específicos suficientes a los centros sanitarios, no cargar contra los profesionales, ni obligarles a actuar contra sus conocimientos y conciencia. Cualquier ley de “muerte digna” que no cuente con los profesionales sanitarios, como lo que realmente son “garantes de nuestros derechos”, no aportará dignidad ni a los profesionales sanitarios, ni a los pacientes, ni al propio sistema sanitario.

Podemos recordar la experiencia francesa. Desde el 22 de abril de 2005, fecha en que se promulgó la ley sobre la muerte digna y los derechos de los pacientes, es legal en Francia, igual que en España, el uso de tratamientos paliativos que pueden acortar la vida, cuyo objetivo prioritario es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento⁵.

⁵ En Francia fueron los propios médicos franceses los introductores del término “sedación terminal”, considerando que el marco normativo francés de 2005 sobre cuidados paliativos a los enfermos terminales, aunque de aplicación a la mayor parte de los casos, era insuficiente. La Orden de los Médicos, puso de manifiesto que la Ley de 2005 sobre muerte digna y derechos de los pacientes, no ofrecía ninguna solución para ciertas agonías prolongadas, o para dolores psicológicos y/o físicos que, pese a los medios puestos en marcha, desgraciadamente siguen siendo incontrolables. En esos casos “excepcionales”, en los que la atención curativa era inoperante, la Orden de los Médicos, entendió que se imponía la toma de una decisión Médica legítima, que deberá ser colegiada, precisando que el paciente debe efectuar la petición de forma “persistente, lúcida y reiterada”. “Una sedación adaptada, profunda y terminal, proporcionada con respeto a la dignidad, planteada como un deber de humanidad por el colectivo Médico”.

El manejo de estos tratamientos paliativos que puedan acortar la vida, también están contemplados en el ámbito de la ciencia moral y se consideran aceptables de acuerdo con el llamado “principio de doble efecto”. Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias.

En España, actualmente, no existe una Ley Básica específica sobre el final de la vida. La regulación del proceso final de la vida de un paciente en España, está resumida, en la actualidad, en dos vertientes: por una parte, en la tipificación como delito de la eutanasia y el suicidio asistido, fijado en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal; y por otra, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente y sus derechos. Lo que sí está regulado tanto en una Ley Básica y en todas las comunidades desde hace años es la posibilidad de realizar las denominadas instrucciones previas o voluntades anticipadas, por parte del paciente y el uso de la sedación terminal, por parte de los profesionales de la Medicina.

La autodeterminación del paciente es el eje, en realidad, sobre el que pivota toda la temática de la Medicina al final de la vida, desde la consideración del consentimiento informado como instrumento capital. La Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo declaró al respecto que el consentimiento se integra en el artículo 15 de la Constitución como la facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en el uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y los tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas, en cualquier momento de su vida y particularmente al término de la misma.

En el escenario europeo Holanda fue el primer país del mundo que legalizó la eutanasia, en el 2002, pocos meses antes de que lo hiciera Bélgica. Luxemburgo la incorporó a su legislación en el 2009. E incluso en

Suiza, siendo legal el suicidio asistido, su Código Penal establece limitaciones, cuando prohíbe la "incitación o asistencia al suicidio por motivos egoístas" prohibiendo igualmente cualquier rol activo en la eutanasia voluntaria, incluso si se comete a partir de "motivos respetables" como el asesinato por misericordia. El último ejemplo lo hemos tenido en Francia, al aprobar su Parlamento en 2016, como una de las grandes reformas sociales de François Hollande, el Proyecto de Ley sobre el final de la vida, que permite la sedación profunda para evitar el sufrimiento en enfermos terminales, pero que prohíbe la ayuda activa para morir a través de la eutanasia o del suicidio asistido. En aquel país el entonces primer ministro, François Fillon, para explicar su oposición a la eutanasia recogida en una editorial de "*Le Monde*", muy significativo y desde luego analizable desde nuestra perspectiva, afirmó que "la cuestión consiste en saber si la sociedad está en condiciones de legislar la muerte. Creo que ese límite no debe sobrepasarse. Por otra parte, sé que en este debate ninguna convicción carece de sentido". Y añadió: "Nuestra estrategia es clara: desarrollar los cuidados paliativos y evitar un encarnizamiento terapéutico".

CONDICIONES PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Vamos a detenernos, siquiera unas líneas, en el análisis de este complejo precepto. La Proposición exige, en su artículo 5, la concurrencia de los siguientes requisitos:

- 1. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.*
- 2. Disponer de la información que exista sobre su proceso, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.*

3. Haber formulado la solicitud de manera voluntaria, por escrito, que deberá repetirse al menos en una ocasión con una separación de quince días naturales, y no ser resultado de una presión externa. La prestación de ayuda para morir no se podrá realizar sin que hayan transcurrido, al menos, quince días naturales desde la última solicitud.

4. Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los términos establecidos en esta ley.

5. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir, que se incorporará a la historia clínica del solicitante.

Resulta llamativo el que el texto normativo reduzca a “los españoles” el colectivo que pueda acceder al ejercicio de este derecho, que califica como derecho de las personas, en un espacio normativo de acceso universal (o al menos de tendencia universalista) a las prestaciones. ¿Trata esta norma de evitar el “turismo tanático” como ha sucedido en los Países Bajos con la figura del suicidio asistido?

REQUISITOS DE LA SOLICITUD

En el artículo 7 de la Proposición se contiene que:

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por la persona solicitante. En caso de encontrarse impedido físicamente para fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

La razón de la imposibilidad de fechar y firmar el documento de ayuda a morir lo ciñe a aspectos físicos, cuando pueden concurrir con estas limitaciones otras de orden psíquico, que pueden ser determinantes, como un deterioro cognitivo avanzado.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES

Analizada ya esta cuestión capital, sólo procede hacer una observación a la mención del artículo 12:

“El rechazo o la negativa a realizar la prestación por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en su realización, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. 2. Las administraciones sanitarias autonómicas crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma”.

En una norma que es una plataforma de ensalzamiento de la autonomía, respecto de los pacientes, llama la atención un precepto que decida “señalar” a aquellos profesionales que muestren planteamientos objetores. Aparte de poder ser usadas esas listas de forma negativa sobre dichos profesionales por la Administración sanitaria, hay dos razones que hacen difícil justificar su existencia. Primero el derecho constitucional de cualquier persona a no declarar sobre su

ideología⁶ y segundo, la posibilidad de mutación del planteamiento objeto a lo largo del tiempo, difícil de conjugar con la rigidez de una inscripción registral.

No conviene que el tratamiento de estos aspectos previos, tan relevantes, nos retrasen en el abordaje de los aspectos conceptuales, asunto de la máxima relevancia en esta norma.

ASPECTOS CONCEPTUALES

En una temática como la que ahora nos ocupa los aspectos de esta índole son sustanciales en su determinación como adecuado soporte del tratamiento de cuantas construcciones jurídicas abordemos.

Vamos a examinarlos siguiendo, primeramente, el artículo 3 de la norma, cuyo contenido nos parece muy escaso y en algunas ocasiones carente de la necesaria precisión. Esta insuficiencia hace necesario completar las definiciones del citado artículo 3 de la Proposición normativa con más definiciones de distinta índole y procedencia cuyo tratamiento se hace más adelante.

Definiciones del artículo 3:

- **Consentimiento informado.**

El texto del citado artículo recoge este concepto como: *la conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona, manifestada en pleno uso de sus*

⁶ Artículo 16.2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el apartado 6 de este artículo.

La redacción está tomada del artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente (LBAP). La experiencia adquirida desde entonces en la interpretación y aplicación del instituto jurídico del consentimiento informado sugiere que convendría añadir un elemento a esta definición, en el sentido de que no basta con haber recibido la información, sino que es necesario haberla comprendido, con objeto de que pueda haberse efectuado la adecuada valoración de la misma, requisito previo, evidentemente, a la decisión que el usuario o paciente puedan adoptar. Es obligación del medio sanitario, siempre, comprobar este extremo y con mayor razón en situaciones como las que examina el proyecto normativo. Podría quedar redactado así:

*...conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada y haberla comprendido y valorado, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones... En este sentido mencionado la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, se refiere al consentimiento informado como: *conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir y comprender la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.**

La formulación de la Proposición de Ley que nos ocupa, respecto del concepto de consentimiento informado, es muy lacónica e incompleta. Sería muy interesante añadirle unas precisiones como las que recoge la Ley 4/2017, de 9

de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de la Comunidad de Madrid:

“Es un proceso gradual y continuado, plasmado en ocasiones en un documento suscrito por el paciente, mediante el cual éste, capaz y adecuadamente informado, acepta o no, someterse a determinados procesos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores. Deberá dejarse constancia en la historia clínica de las decisiones que se vayan adoptando”.

De manera muy atinada la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, de Galicia, apunta que:

“No se trata de un documento sino de un proceso, ya que la información será ofrecida de forma continua para ir asumiendo de manera compartida las decisiones que se van adoptando”.

- **Discapacidad grave crónica.**

La mención normativa, respecto de este concepto es la siguiente:

“Situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí mismo, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entienden por limitaciones aquellas que inciden fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

No se utiliza, en el concepto abordado en el artículo 3, el término “invalidez” sino el de “discapacidad”, concepto distinto, también, al de incapacidad, más en la órbita laboral y de resonancias prestacionales de Seguridad Social.

Se incide en la definición en el extremo de la definitividad de la situación, así como en la gravedad de la repercusión que ocasiona en un doble aspecto: la autonomía del sujeto afectado y su capacidad relacional, así como el menoscabo evidente que ocasiona en el equilibrio mental de aquel.

Llama la atención que todo ese cuadro patológico no se conecta, necesariamente (ni se menciona) con un acortamiento causal de la existencia de la persona afectada. Es fácil imaginar en esa situación de limitaciones personales a un enfermo terminal, pero el texto de la norma permite imaginar, también, una referencia a una enfermedad crónica de grave afectación y evolución imparable (una esclerosis lateral amiotrófica, por ejemplo). Esta amplitud de consideración podría permitir el paso conceptual de una eutanasia, en el primer caso mencionado, a una petición de limitación terapéutica, en el segundo. Convendría que la norma distinguiera ambas situaciones.

- **Enfermedad grave e incurable.**

Se dice en el texto de la proposición que se trata de aquella que:

“por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

Parece referirse a la enfermedad terminal, concepto no exactamente coincidente y que podríamos definir en términos como los siguientes:

“Proceso que afecta a todas las dimensiones de la persona y de su entorno, caracterizado por un deterioro físico del paciente, y una dependencia progresiva del medio en el que se encuentra aquel, así como un considerable impacto emocional en el enfermo, en la familia y en el propio equipo asistencial, asociado a la proximidad (explicitada o no) del hecho de la muerte próxima”.

Sólo las expresiones finales *con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva* parecen referirse a un proceso terminal, aun cuando no se diga.

En la Exposición de Motivos se contiene la siguiente redacción, referida a lo que llama “el contexto eutanásico”:

“situación de enfermedad grave e incurable, o de discapacidad grave y crónica, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables”.

En donde tampoco se alude a la situación de terminalidad del enfermo.

- **Médico o médica consultora.**

En el concepto legal del Proyecto normativo es:

“facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo y servicio que el médico o la médica responsable”.

Definición harto escueta e incompleta. Parece muy adecuada al respecto la que recoge la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, como aquel:

“profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

Por razones de estética de redacción, en la Proposición de Ley que nos ocupa, se cambia el término “médico o médica” por el utilizado seguidamente de “facultativo o facultativa”. Este último vocablo, de profunda raigambre en nuestro idioma, se ha venido utilizando habitualmente para referirse al médico como el único profesional de la línea asistencial clásica (medicina, enfermería) con titulación universitaria (obtenida, precisamente, en una facultad), sobre otros cuya formación procedía de escuelas o de la formación profesional. El vocablo “indicación facultativa”, por ejemplo, se ha venido utilizando también con la misma intencionalidad. En sentido estricto, hoy, sin embargo, un profesional de enfermería también es un facultativo al haber obtenido la titulación de grado en una facultad universitaria. Cualquier profesional de formación universitaria superior lo es, en sentido propio (farmacéuticos, psicólogos...). Se habla de cuerpos facultativos en ese sentido (conservadores de museos, por ejemplo).

Podría redactarse el precepto, de forma más actualizada, de esta manera:

Médico o Médica consultora. Es el profesional sanitario, especialista de nivel superior, en la línea asistencial, con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente...

Es correcta la mención precautoria de *que no pertenezca al mismo equipo y servicio que el médico o la médica responsable*, con objeto de insertar en el campo valorativo y decisorio las imprescindibles notas de cautela e independencia.

- **Objeción de conciencia.**

Dice el texto normativo que se trata de:

“...el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con las propias convicciones”.

Es una definición demasiado simplista e incompleta, para un asunto de tanta relevancia. El texto debería contener otras menciones como:

El derecho individual, del profesional sanitario, a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con las propias convicciones. El ejercicio legítimo de este derecho, por parte del profesional, no puede suponer ninguna actitud obstructiva al desarrollo y consecución de las demandas de actuación sanitaria recogidas en la ley.

Párrafo este último que enfatiza la necesaria coordinación y compatibilidad del derecho del enfermo a obtener aquella prestación que la ley le garantiza con el derecho del profesional a no violentar sus códigos éticos personales.

- **Prestación de ayuda para morir.**

Lo identifica la norma en trámite como:

“proporcionar una sustancia que tiene como consecuencia la muerte de una persona; se puede producir en dos modalidades: a) la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o b) la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”.

Entendemos correcta la formulación de este concepto, en sus dos variantes: **eutanasia y muerte con ayuda médica**⁷, términos que convendría mencionar a mayor claridad.

- **Situación de incapacidad de hecho.**

Considera como tal aquella:

“Situación de la persona en la que no tenga capacidad de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, sin que exista resolución judicial”.

Define correctamente la norma esta situación, bajo los criterios cognitivo y valorativo, pero sería más correcto exponerlos en su orden lógico y cronológico, ya que la decisión siempre sigue al conocimiento de la situación vivida y no al contrario: incapacidad de entender y, o, capacidad de decidir, del modo siguiente:

Situación de la persona en la que su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación o le impida tomar decisiones valorativas, sin que exista resolución judicial respecto a la capacidad de aquella.

⁷ Términos propuesto durante la reunión de ética médica (Reikiavik 3 de octubre de 2018), por la Asociación Médica Mundial

- **Valores vitales.**

Los identifica el proyecto normativo como:

“Conjunto de convicciones y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte”.

Entendemos correcta la formulación de este concepto.

Otros aspectos conceptuales no recogidos en el mencionado proyecto.

Se trata de terminología directamente relacionada con la temática tratada en aquel, que no siendo mencionada en su texto, sin embargo, es necesario mencionar y acotar. Debemos partir de dos conceptos claves:

- ✓ EUTANASIA

Este concepto, en realidad el central de la norma propuesta, se contiene en su Exposición de Motivos⁸, no siendo objeto de mención, curiosamente, ni una sola vez en la parte dispositiva. Considera el proyecto normativo que se trata de:

“actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”.

⁸ En donde se menciona veinte veces.

Esta definición es demasiado amplia y comprende, de forma directa, aquellos casos en los que el enfermo se encuentra en la fase final de su enfermedad, que le aboca a unos sufrimientos intensos e insoportables, con expectativa de intensificación de los mismos en el trayecto irremediable hacia la muerte (situación prototípica de eutanasia). Alcanzaría, también, la redacción de la norma, aquellos otros casos en los que el enfermo por su cuadro clínico desea terminar con su vida a causa del intenso sufrimiento que le produce su situación médica, pero sin que, necesariamente, esos sufrimientos los produzca la evolución de sus patologías, en la proximidad de la muerte. Sería el caso de un tetrapléjico en intenso sufrimiento psíquico por sus limitaciones sin esperanza clínica⁹. Parece fácil imaginar la eventual legitimación de una norma sobre eutanasia en el primer caso, pero no tan fácil en el segundo supuesto ahora planteado.

Hace la norma una precisión afortunada al excluir la llamada eutanasia pasiva (suspensión o abstención terapéutica) y la activa indirecta, como los casos de administración de fármacos de doble efecto.

✓ SUICIDIO ASISTIDO

No se contiene en la norma que estamos examinando este término, afortunadamente por sus resonancias penales, pero es imprescindible precisar este concepto por su directa e inmediata relación con la eutanasia y por los equívocos que suscita muy frecuentemente. Son los casos de la llamada ayuda médica para morir. Concorre cuando la muerte solicitada por el paciente precisa del concurso de un profesional sanitario, consistente en facilitar al enfermo los medios para que pueda acabar con su vida, recibiendo el nombre

⁹ Nos viene a la memoria el conocido caso de Ramón Sampederro

de “prestación de ayuda para morir”: Se trata de la segunda modalidad que hemos mencionado con anterioridad: a) *la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o b) la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte.*

En el Código Penal se trata de las figuras del artículo 143: 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.* Como puede verse son los mismos supuestos recogidos en el párrafo anterior, aunque allí se sitúen en el contexto de la nueva norma despenalizadora. El Código Penal añade un punto cuatro, con la atenuada figura del homicidio por compasión y que nos recuerda, cómo no, la redacción de este proyecto normativo: *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 soportar¹⁰,*

Tal vez convendría considerar la inclusión de algunos otros aspectos conceptuales clave, como aquellos contemplados en abundante normativa autonómica (10 comunidades) sobre derechos y garantías de las personas en el proceso de morir. Fijar los conceptos en el cuerpo de la norma es cimentarla adecuadamente y buscar la deseada consonancia con el resto de la normativa en el actual escenario de las autonomías.

¹⁰ Artículo 143.4 del Código Penal

Veamos algún ejemplo extraído de ese espacio normativo.

✓ ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico de vida limitada así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La adecuación del esfuerzo terapéutico supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida, manteniendo las de tipo paliativo. Forma parte de la buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales¹¹.

✓ CUIDADOS PALIATIVOS

Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas a proporcionar una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en el domicilio o lugar de residencia o en centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible

¹¹ LEY 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de Madrid. Artículo 5.

*mediante la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el acortamiento deliberado de la vida*¹².

✓ DIGNIDAD AL FINAL DE LA VIDA

*Derecho a recibir un cuidado integral al final de la vida, con alivio del sufrimiento físico, psicológico y espiritual, manteniendo su autonomía para evitar la obstinación terapéutica. Se respetan ante todo sus valores para alcanzar un clima de serenidad, de paz, de satisfacción existencial, de seguridad y, en la medida de lo posible, de consciencia propia de todo ser humano*¹³.

✓ FUTILIDAD

*Característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil porque su objetivo de proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar*¹⁴

¹² Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida de Asturias. Artículo 4.

¹³ Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad valenciana. Artículo 5.

¹⁴ 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 de Euzkadi, Artículo 4.

✓ MANIFESTACIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTAD

Documento mediante el que una persona mayor de edad y capaz deja constancia por escrito de las instrucciones emitidas libremente sobre los cuidados y tratamiento de su salud o, en el caso de fallecimiento, el destino de su cuerpo, órganos y tejidos. La manifestación anticipada de voluntad deberá ser tenida en cuenta cuando su titular no se encuentre en una situación que le permita expresar su voluntad de manera libre, personal, actual, consciente e informada¹⁵.

✓ MEDIDA DE SOPORTE VITAL

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 misma¹⁶.

✓ MUERTE DIGNA

Aun cuando sea más correcto hablar de “dignidad en el proceso de morir” podemos considerar, al referirnos a aquella que se trata de una serie prácticas médicas cuyo objetivo es aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales, pero dejando que la enfermedad siga su curso. Entre estas prácticas están el

¹⁵ 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. Artículo 5.

¹⁶ 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. Artículo 5.

derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento y a recibir sedación al final de la vida, incluso sedando por completo al enfermo con medicamentos que pueden acortar la agonía. Esta es la situación más extrema a la que hoy se puede llegar legalmente en España.

Otra cosa es el concepto de eutanasia, en sentido propio, como el propósito de acabar con la vida de los enfermos terminales para poner fin a su sufrimiento, bien mediante fármacos aplicados por un médico a petición del paciente en situación terminal (eutanasia) o facilitándole los medicamentos para que se quite la vida (suicidio asistido).

En el terreno normativo la regulación (legalización) de la eutanasia pasa por la derogación parcial del artículo 143 del Código Penal, mientras que el abordaje normativo de la muerte digna (existente en varias comunidades autónomas) lleva un trayecto diferente, en la legislación sanitaria y sin referencia al Código Penal.

La realidad normativa actual, con el citado precepto en vigor, acaba de motivar la condena del médico Marcos Ariel Hourmann¹⁷, sentenciado en España por ayudar a morir a una paciente terminal de 82 años a quien aplicó la eutanasia.

✓ MUERTE EN PAZ

Aquella que responda a los deseos y valores del paciente, en la que el dolor y el sufrimiento han sido minimizados, mediante los cuidados paliativos adecuados, en la que las personas nunca son abandonadas o descuidadas, y

¹⁷ Autor del libro *'Morir viviendo, vivir muriendo'*

la atención asistencial de quienes no van a sobrevivir se considera igual de importante que la de quienes sí sobrevivirán¹⁸.

✓ OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación¹⁹.

✓ PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES SANITARIAS RELATIVAS AL PROCESO DE MORIR Y DE LA MUERTE

Procesos de reflexión y comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, que ayudan a mejorar la calidad moral en la toma de decisiones de una persona durante el proceso de morir y de la muerte, atendiendo, entre otros criterios, al documento de voluntades anticipadas o a cualquier otro que forme parte de su historia de valores²⁰.

¹⁸ Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad valenciana. Artículo 5.

¹⁹ 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. Artículo 5.

²⁰ LEY 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte de Aragón. Artículo 5.

✓ REPRESENTANTE

Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir ésta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia²¹.

La Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de Madrid añade una mención, respecto del representante, de sumo interés: *Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien le represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidas en dichas instrucciones.*

En línea con esta protección de intereses del representado, respecto de la figura del representante y sus posibilidades de decisión sobre su representado no podemos olvidar la trascendental reforma introducida en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica de Autonomía del Paciente por la Ley 26/2015, de 28 de julio²², en el sentido de que el primero sólo puede decidir en interés del segundo, en abstracción de sus criterios personales. Tal preservación de intereses es tan decidida, en el terreno normativo, que se incluye la posibilidad (necesidad) de judicializar la cuestión en caso necesario.

²¹ 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. Artículo 5.

²² *En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.*

✓ SEDACIÓN PALIATIVA

Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley²³.

✓ SITUACIÓN TERMINAL

Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica²⁴.

CONSIDERACIONES

• CUESTIONES DE FONDO

Cabe cuestionar la oportunidad de una ley reguladora de la eutanasia sin una norma garantizadora del acceso a los cuidados paliativos. Aquella ley, que recordamos, reguladora de los derechos de la persona ante el

²³ Última norma mencionada.

²⁴ Misma norma.

proceso final de la vida. La línea a seguir puede ser el testamento vital y la extensión de los cuidados paliativos.

Hay una gran confusión social sobre el concepto de eutanasia (y su necesidad regulatoria) al confundirla frecuentemente con el concepto de muerte digna.

El eje de este proyecto normativo es el respeto a la autonomía del enfermo a obtener su derecho a morir, bajo determinadas condiciones y el del profesional sanitario a objetar en conciencia al seguimiento de tal derecho.

El verdadero propósito de la norma es la reforma parcial del artículo 143 del Código Penal, despenalizando parcialmente diversos supuestos de eutanasia.

El título de la norma es parcial y por ello desafortunado. No es suficiente mencionar “ley de regulación de eutanasia” habría de añadirse “y de la ayuda médica para morir a aquellas personas que la soliciten”, para dejar cubiertas las dos líneas de acción posibles en los casos que, precisamente, recoge la normativa.

Para prestar una atención integral y de calidad a los pacientes graves o terminales, se hace necesario formar a los profesionales en esta materia, dotar de medios específicos suficientes a los centros sanitarios, no cargar contra los profesionales, ni obligarles a actuar contra sus conocimientos y conciencia. Cualquier ley de “muerte digna” que no

cuenta con los profesionales sanitarios, como lo que realmente son “garantes de nuestros derechos”, no aportará dignidad ni a los profesionales sanitarios, ni a los pacientes, ni al propio sistema sanitario.

- **CUESTIONES REGULATORIAS EN EL TEXTO NORMATIVO**

Resulta llamativo el que el texto normativo, en su artículo 5, reduzca a “los españoles” el colectivo que pueda acceder al ejercicio de este derecho, que califica como derecho de las personas, en un espacio normativo de acceso universal (o al menos de tendencia universalista) a las prestaciones.

En el artículo 7 la razón de la imposibilidad de fechar y firmar el documento de ayuda a morir lo ciñe a aspectos físicos, cuando pueden concurrir con estas limitaciones físicas mencionadas otras de orden psíquico, que pueden ser determinantes, como un deterioro cognitivo avanzado.

El Registro de Objetores de Conciencia, mencionado en el artículo 12 resulta difícil justificar en su existencia. Por el derecho constitucional de cualquier persona a no declarar sobre su ideología²⁵ y por la posibilidad de mutación del planteamiento objetor a lo largo del tiempo, difícil de conjugar con la rigidez de una inscripción registral.

²⁵ Artículo 16.2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

- **CUESTIONES CONCEPTUALES**

Las menciones a la figura del consentimiento informado, en el artículo 3, son claramente insuficientes. A la mención de haber recibido la información, por parte del paciente, es imprescindible añadir “y haberla comprendido”. Convendría, por otra parte, añadir que el consentimiento informado no se agota en un documento, sino que es un proceso en el que la información ha de fluir de forma continua.

Al abordar el concepto de “discapacidad grave crónica” convendría diferenciarla de la “limitación terapéutica”. El cuadro patológico que la ley menciona no se conecta, necesariamente (ni se menciona) con un acortamiento causal de la existencia de la persona afectada, de modo que cabe imaginar la posibilidad de suponer, también, en la aplicación de la eutanasia una referencia a una enfermedad crónica de grave afectación y evolución imparable.

Tampoco se alude a la terminalidad del enfermo cuando se menciona el concepto de “enfermedad grave e incurable” mencionando, sólo la expresión *pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva*, que no es lo mismo, evidentemente.

Podría sustituirse la mención, referida al personal médico, de “facultativo o facultativa” por la de *profesional sanitario, especialista de nivel superior, en la línea asistencial, con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente...*

Al mencionar el legítimo derecho de los profesionales a su objeción de conciencia conviene añadir una imprescindible mención en el sentido de que *El ejercicio legítimo de este derecho, por parte del profesional, no puede suponer ninguna actitud obstructiva al desarrollo y consecución de las demandas de actuación sanitaria recogidas en la ley.*

La situación de incapacidad de hecho, definida en la norma como: *Situación de la persona en la que no tenga capacidad de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, sin que exista resolución judicial,* debería invertir sus términos, quedando redactada como: *Situación de la persona en la que su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación o le impida tomar decisiones valorativas, sin que exista resolución judicial respecto a la capacidad de aquella.*

En la definición legal de “eutanasia” falta la mención a la situación de terminalidad del enfermo cuando menciona: *actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.* Puede propiciar, con ello, la inclusión de supuestos ajenos al pretendido propósito legal, como el de vidas sin aliciente vital, pero fuera del objetivo de la ley. Aquellos otros casos en los que el enfermo por su cuadro clínico desea terminar con su vida a causa del intenso sufrimiento que le produce su situación médica,

pero sin que, necesariamente, esos sufrimientos los produzca la evolución de sus patologías, en la proximidad de la muerte.

No se menciona el término suicido asistido, en la norma, por sus resonancias penales, pero tal vez convendría considerar la inclusión de algunos aspectos conceptuales clave, como aquellos contemplados en abundante normativa autonómica (10 comunidades) sobre derechos y garantías de las personas en el proceso de morir.

Hay alguna definición contenida en la normativa autonómica cuya inclusión podría valorarse en esta Proposición, por su íntima relación con el contenido de la misma, como aquellos conceptos de *“adecuación del esfuerzo terapéutico”*, *“cuidados paliativos”*, *“dignidad al final de la vida”*, *“futilidad”*, *“manifestación anticipada de voluntad”*, *“medida de soporte vital”*, *“muerte digna”*, *“muerte en paz”*, *“obstinación terapéutica”*, *“planificación anticipada de las decisiones sanitarias relativas al proceso de morir y de la muerte”*, *“representante”*, *“sedación paliativa”* y *“situación terminal”*.

Al mencionarse, en concreto, la figura del representante, sería necesario mencionar la limitación de las eventuales decisiones de esta persona, sólo posibles en el interés del enfermo y la posibilidad de judicializar la reacción del medio sanitario de encontrar posturas del representante lesivas a los intereses del representado.

Éste es el informe del Letrado que suscribe, que somete a cualquier otro mejor fundado en Derecho

Madrid, 25 de Febrero de 2019

Ricardo De Lorenzo y Montero