

**Ascensión Cambrón**

## ¿Permitirá la LORE ser libres hasta el final de la vida?

El 21 de mayo de 2018, el Boletín Oficial de las Cortes publicaba la *Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia* (LORE). Un proyecto depositado, inesperadamente, por el Grupo Parlamentario del PSOE y bienvenido para quienes desde años reivindican el reconocimiento de este nuevo derecho individual. La iniciativa viene precedida por otras en el mismo sentido de Izquierda Unida, Unidos Podemos-En Comú-En Mareas. También por una Resolución del Parlamento de Cataluña solicitando a las Cortes españolas la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio; no obstante esta petición, en su artículo único, sólo plantea la modificación del artículo 143.4 del Código Penal. También cabe citar la propuesta de Ciudadanos por una ley reguladora de los cuidados paliativos, sin que ella reivindique la eutanasia, ni la incorrección del actual artículo 143.4 del Código Penal. En lo que sigue me ocuparé del contenido de la Proposición del PSOE, propuesta en trámite de discusión parlamentaria que, si la legislatura completa su andadura, para la ciudadanía representará hipotéticamente un paso adelante en el camino de la democracia. Después consideraremos algunos aspectos del proyecto de ley que harán difícil la consecución de los objetivos enunciados, razón por la cual es necesaria una profunda modificación en su trámite parlamentario.

### 1. Objeto de la Ley

En la Exposición de motivos se define la eutanasia, la “buena muerte”, como «el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento». La justificación para regular política y jurídicamente esta materia se sitúa en tres focos diferenciados pero coincidentes: las aportaciones doctrinales de la Bioética y del Derecho Penal; la presión social motivada por las injusticias que visualizan el sufrimiento de las aplicaciones de las técnicas médicas en enfermos irreversibles que solicitan ayuda para morir y, por último, la secularización de la vida y la conciencia social acerca del deber de respetar los valores y la autonomía de las personas. O dicho de otro modo, ha sido la presión social e intelectual la que ha motivado considerar la demanda de eutanasia como un derecho fundamental; es decir, como una aspiración necesitada de ser incorporada política y jurídicamente al lenguaje de los derechos reconocidos en la Constitución Española. Así lo afirma en la Exposición de motivos la proposición socialista: «no basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de ésta». Sino que es necesario «legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una 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, lo que llamamos contexto eutanásico». En estos enunciados se aprecia abundante retórica para obviar ir a la raíz del problema: el derecho de toda persona a decidir sobre aquello que le es más importante la propia vida y su final. Esta es una característica recurrente del proyecto de ley que filosóficamente es incapaz de trascender el paternalismo que encubre someter semejante decisión personal, la

propia muerte, a las decisiones de especialistas médicos, juristas y administrativos. Todo lo cual para acabar negando materialmente la autonomía de la voluntad de quien decide que su vida es insoportable.

Esta proposición distingue dos modelos de despenalización de la eutanasia. Por un lado está el de «los países que despenalizan las conductas eutanásicas (...) por razón compasiva» pero, que «no ofrecen las garantías necesarias» y, por otro, «los que han regulado la eutanasia como práctica aceptable siempre que sean observados concretos requisitos y garantías». La proposición socialista se decanta por el segundo modelo de regulación, precisando como legítimas ambas conductas eutanásicas y descartando además que cualquiera de ellas deba ser objeto de reproche moral. Pero lo que importa no es el reproche moral, sino el penal. Acorde con estos enunciados se distingue la *eutanasia activa* [1] y «aquella (otra modalidad) en la que es el propio o la propia paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios (...) con el fin de que el o la paciente se lo administre». Esta segunda posibilidad es conocida como *suicidio asistido* [2]. Pero cabe preguntarse: ¿queda despenalizado o no para los que ayudan a morir el suicidio asistido?

Así definidas estas conductas, se pretenden incorporar a nuestro ordenamiento jurídico como un nuevo derecho individual a la eutanasia. En la proposición se justifica la inclusión de la eutanasia entre los derechos fundamentales de la persona, conectándola con «el derecho constitucional a la vida, pero que se debe cohonestar también 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. 11. 1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE), o el derecho a la intimidad (art. 18. 1 CE)». A continuación se añade que, en un contexto eutanásico, cuando una persona plenamente capaz se enfrenta a una situación que vulnera su dignidad, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes porque «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». La «situación que vulnera su dignidad» es una idea retórica de hermanita de la caridad socialista. Las motivaciones de quien quiere morir no deben ser objeto de juicio de funcionario ninguno, aunque sea un médico de la seguridad social. Lo que importa es garantizar la veracidad de la voluntad a quien preste la ayuda, sea sanitario o no.

Con estos juncos se teje el contenido discursivo de la ley: su *objeto y ámbito de aplicación*, los *requisitos* para poder ejercer este derecho, los *deberes* del personal sanitario y su *derecho* a la objeción de conciencia. Las *funciones* de la Comisión de Control y Evaluación y los *deberes de las autoridades sanitarias*.

## **2. Condiciones para acceder a la prestación de ayuda y procedimientos para ejercer este derecho**

Este nuevo derecho individual podrá ejercerlo todo español mayor de edad y todo residente legal que reúna, además, la condición de «ser capaz y consciente en el momento de la solicitud». También han de concurrir otras circunstancias, como «sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los términos establecidos en esta ley» (art. 5.4<sup>a</sup>); disponer de la información posible sobre su proceso, alternativas y posibilidades; formular de manera voluntaria y por escrito la solicitud, lo que deberá repetirse en el plazo de quince días

posteriores sin que exista presión externa. Esta última resulta una exigencia procedimental orientada a garantizar que la petición es «seria, constante y libre». La prestación de ayuda a morir no se realizará antes de que hayan transcurrido «al menos quince días» después de finalizar los trámites previstos en la ley.

La solicitud para morir ha de hacerse por escrito e ir firmada por el solicitante en presencia del médico. En caso de incapacidad de hecho y a criterio del solicitante, puede recurrirse a la firma del representante. Dicha solicitud deberá ser reiterada por el paciente en los quince días siguientes. A partir de ese momento el médico responsable deberá solicitar la opinión de otro segundo facultativo/a ajeno al equipo sanitario y competente en la patología que experimenta el solicitante. Este segundo profesional habrá de examinar al enfermo, consultar su historia clínica hasta corroborar, en el plazo de diez días, si es adecuado el informe del médico responsable y si se cumplen la exigencias legales. Si ambos pareceres coinciden, no se puede prestar todavía la ayuda a morir, sino que el facultativo responsable deberá trasladar su resolución al Presidente/a de la Comisión de Control y Evaluación (CEE) para que la someta al control previo, previsto en el artículo 15 de la LORE.

Si al paciente se le deniega la prestación solicitada, el facultativo ha remitir a la CCE los documentos especificados en el artículo 13 [3] en el plazo de quince días. (Este proceder exigido al médico es independiente de la posible reclamación del paciente o de sus familiares por la denegación del servicio).

Una vez el Presidente de la CCE recibe los informes médicos, conformes con la petición del paciente, en el plazo de dos días habrá de designar a dos miembros de la Comisión —un médico y un jurista— para que «con carácter previo al pronunciamiento del órgano colegiado, comprueben si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para solicitar la ayuda a morir». Si los dos profesionales consideran que se cumplen todas las exigencias clínicas y legales, emitirán un informe en el plazo de siete días que habrán de someter al pleno. Y, «si la Comisión considera el informe positivo, en siete días facilitará la aplicación de la eutanasia». En caso contrario, el órgano colegiado habrá de pronunciarse en el plazo de veinte días (según el art. 22. 2ª). En caso de denegación de la prestación, en esos informes, habrá de justificarse el motivo de la denegación. Este sería el final de la petición en condiciones normales, lo que no siempre está garantizado, como se verá, tras el proceso burocrático previsto.

Estas son las exigencias básicas, a las cuales habrán de añadirse las necesarias para aquellas personas que, en el llamado «contexto eutanásico», no pueden personalmente solicitar ni tramitar su petición al facultativo/a por hallarse en «situación de incapacidad de hecho». Junto a estos requisitos existen otras exigencias burocráticas de alcance [4] que pueden bloquear la demanda individual que la misma ley dice perseguir y legitimar.

### **3. Deberes y derechos de los profesionales sanitarios (cap. III)**

El proyecto atribuye a los profesionales sanitarios las siguientes *obligaciones*: abrir un proceso deliberativo con el o la paciente respecto a su diagnóstico, las posibilidades terapéuticas, los resultados posibles y los cuidados paliativos; respetar las convicciones morales de las personas y comprobar que su petición es voluntaria, sin mediar coacciones, y repetida en el tiempo. Para quien solicite ayuda para el suicidio asistido, los profesionales sanitarios han de constatar que «sufre una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los

términos establecidos en esta ley». Además, han de respetar sus voluntades previas. Y si el enfermo «está en situación de incapacidad de hecho permanente y hubiere suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, se podrá prestar la ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento» (art. 6). El facultativo ha de trasladar la información anterior a los familiares si el paciente lo desea y respetar las convicciones del solicitante. Este facultativo es el encargado de acompañar al peticionario hasta su fallecimiento, tras lo cual tiene que remitir a la CCE de su Comunidad Autónoma dos documentos «separados e identificados con el número de Registro». En el «documento primero» incorporará todos los datos del médico responsable y de todos los miembros del equipo sanitario, incluyendo la descripción de su actuación con el paciente y, en el «segundo», dejará constancia de los datos biográficos y clínicos de la persona fallecida.

La proposición de la LORE contiene también el reconocimiento del supuesto derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios «implicados en la prestación de la ayuda a morir» (art. 12), en términos similares a los previstos en la Ley Orgánica 2/2002, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Se precisa que esta es una facultad individual en razón de conciencia que el profesional «debe manifestar anticipadamente y por escrito». Por todo ello, es necesario que las administraciones autonómicas creen un Registro de objetores (profesionales sanitarios) a la ayuda a morir en el que inscriban sus declaraciones. Se añade que la finalidad de este Registro consiste en «facilitar la información a la Administración Sanitaria para que ésta pueda garantizar una adecuada prestación de ayuda a morir» (art. 12.3).

#### **4. Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir (cap. IV)**

En este capítulo se recogen las garantías siguientes: a) La prestación pasará a estar incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de prestación pública. b) El Consejo Interterritorial de Salud adoptará las medidas necesarias para elaborar un manual de buenas prácticas clínicas que garantice la igualdad y la calidad de la prestación sanitaria, que podrá realizarse en centros sanitarios públicos, privados y en el propio domicilio. c) Asimismo se garantizará el tratamiento, acceso, cesión y cancelación de datos personales, junto a la intimidad y confidencialidad.

#### **5. Comisiones de Control y Evaluación (cap. V)**

Este apartado justifica la razón y tareas de la CCE con discrecionalidad e imprecisión. Dispone que se creará una CCE en cada Comunidad Autónoma, por acuerdo de los respectivos Gobiernos, quienes «determinarán su régimen jurídico»; asimismo fijarán el plazo de su constitución, delegando la elaboración de sus reglamentos que serán aprobados «por el órgano competente de la administración autonómica». Además de las funciones antes citadas, podrán intervenir para resolver las reclamaciones de las personas que han visto denegada su petición de ayuda para morir y cuando dos tercios de los miembros de la comisión consideren que no se han cumplido las condiciones o procedimientos establecidos por la ley. En este supuesto además deberá comunicarlo a la Fiscalía para que abra una investigación. También deberá comprobar que las personas pueden ejercer sin traba los derechos derivados de esta ley en su Comunidad Autónoma y detectar posibles problemas en su aplicación, «proponiendo soluciones» que deberán incorporarse a los «manuales de buenas prácticas médicas». Asimismo habrá de

elaborar y publicar un informe anual sobre la aplicación de esta ley y realizar aquellas otras tareas que puedan atribuirle los Gobiernos autonómicos. Los miembros de la CCE tienen el deber de guardar secreto sobre las deliberaciones, así como de exigir a la dirección del centro sanitario la prestación de la ayuda a morir autorizada «en el plazo máximo de veinte días», de verificar si aquélla ha sido realizada conforme a los procedimientos establecidos en la ley y de confirmar si los datos expresados en el documento «segundo» han sido respetados. También «podrá solicitar al facultativo responsable la información recogida en la historia clínica que tenga relación con la práctica de la ayuda para morir».

## 6. Disposiciones finales

Entre estas disposiciones adjuntas al proyecto de la LORE, me parecen destacables, en primer lugar, la que habla *Sobre la causa de la muerte (Adicional primera)*. La tipificación de estos dos tipos de “muerte” —la eutanasia y el suicidio asistido— «se considerará equivalente a una muerte natural a todos los efectos, incluidos los relativos a los seguros de vida». En segundo lugar, la validación del documento de *Instrucciones previas o documento equivalente (Adicional segunda)*. Con este instrumento, “otorgado por las personas mayores de edad, podrán incluir la solicitud de ayuda para morir siempre que se cumplan los requisitos previstos en esta ley. Dicha manifestación de voluntad será de obligado cumplimiento”. Y en tercer lugar, la importante *Modificación del artículo 143.4 del Código Penal (Disposición final primera)*. La redacción que se propone para substituir al mencionado artículo será así la siguiente: “No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o discapacidad grave o crónica, en los términos establecidos en la ley”.

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

Se considera discapacidad grave crónica la situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada para valerse por sí misma, sin que existan posibilidades fundadas de curación y exista, en cambio, 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 incidan fundamentalmente en 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 pudiere suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico».

**7. A modo de balance provisional** se puede concluir que tras la lectura de este texto normativo no podemos avanzar conclusiones esperanzadoras para quienes deseamos el reconocimiento constitucional del derecho individual a la eutanasia. En general, la norma es burocrática y de redacción compleja, adoleciendo además de una ambigüedad conceptual preocupante cuando se refiere a las distinciones entre «eutanasia» y «suicidio asistido». Son defectos atribuibles no tanto a la incompetencia de sus autores como a las intenciones bien calculadas de los redactores del anteproyecto de ley. Señalaremos otros de los aspectos más polémicos del proyecto normativo

que, a su vez, nos permitirán responder a la cuestión que se plantea en el título con el que comienza este trabajo.

¿Se puede afirmar ante una persona que deseara ejercer supuestamente este nuevo derecho, en la doble acepción recogida en la Exposición de motivos —eutanasia y suicidio asistido—, que le será posible su ejercicio cuando a lo largo del articulado normativo no figuran explicitadas, ni siquiera en alusiones, las diferencias entre ambas acciones? Quizás sirva recordar que el suicidio ha dejado de estar penalizado, por lo que su homologación a la eutanasia merecería algunas precisiones necesarias, como por ejemplo para responder a la demanda que podrían formular personas en la situación de Ramón Sampederro. Se detecta también en el texto un excesivo rigor en las *limitaciones* impuestas para acogerse al nuevo derecho y que reducen el valor de la autonomía y libertad individual que, se dice, justifica la ley. Esta limitación se plasma al situar el ejercicio de este derecho en el «contexto eutanásico», donde se precisan un conjunto de exigencias objetivas (corporales y evaluables por los facultativos) en detrimento de la *voluntad libre* de morir de la persona. Pero las limitaciones no terminan aquí, porque a ellas se añaden las que puede introducir la intervención *ex ante* prevista de la Comisión de Control y Evaluación [5] y la posible y previsible objeción de conciencia del personal sanitario, extensible incluso a la objeción de los centros sanitarios.

Con estas conclusiones y en el supuesto de que se apruebe la LORE, se puede colegir que las personas no verán garantizado su derecho a ser libres hasta el final de su vida. Y ello no solo por la redacción literal del texto —que no explicita con rigor el derecho que se atribuye a las personas—, ni tampoco por los deberes que han de cumplir los cooperantes necesarios para el ejercicio del citado derecho individual (el personal sanitario al que sólo se le atribuye con claridad el deber de controlar). Y en relación con los correlativos deberes de la Administración sanitaria, el grupo parlamentario socialista obvia el problema al transferir su responsabilidad a las Comunidades Autónomas, argucia que en el mejor de los casos puede satisfacer el número de votos necesarios para su aprobación en el parlamento pero que con toda seguridad no garantizaría la *igualdad* entre la ciudadanía para ejercer el nuevo derecho constitucionalizado. Por todo ello concluyo que, de aprobarse el proyecto de ley tal como figura en el BOE, no constituye un avance democrático. Si comparamos su contenido con lo recogido en las leyes autonómicas de “muerte digna”, que permiten al enfermo rechazar la aplicación de recursos terapéuticos extraordinarios, aunque esa supresión le origine la muerte —caso *Andrea 2015* en Galicia—, la normativa en discusión no supera, a pesar de sus diferencias discursivas, los límites de las normas autonómicas. Cabe añadir que si el grupo parlamentario proponente opta por regular la eutanasia, para hacerlo con mayor corrección y respeto al derecho enunciado, les resultaba suficiente con reproducir las normas existentes en los países de nuestro entorno cultural, con quince años de aplicación, y posiblemente hubieran alumbrado un proyecto de mayor consistencia y acorde con lo que ha de ser el ejercicio del nuevo derecho constitucionalizado.

**Notas:**

**[1]** «Es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un o una paciente de manera deliberada y a petición de éste o ésta, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de enfermedad grave e incurable o discapacidad grave crónica causantes de un sufrimiento intolerable».

**[2]** Este concepto aparece usado en el cuerpo normativo sin precisión y, consecuentemente, sin compromiso alguno con quien manifieste su intención de ejercerlo.

**[3]** Los mismos que si la petición del paciente hubiere sido satisfecha, según el art. 13 de la LORE.

**[4]** Por ejemplo, la posible objeción de conciencia de los profesionales implicados en la prestación de ayuda a morir (art. 12 de la LORE).

**[5]** Las críticas que ha suscitado este organismo son unánimes y relacionadas con la compleja redacción adoptada, como las relativas a su imprecisión reglamentaria (que delega su constitución a los gobiernos autonómicos), sin precisar criterios homogeneizadores para su composición, dependencia y deberes. Parece ser un órgano administrativo sin relación con la relación paciente-médico y muy dependiente del «color» del gobierno autonómico. Este perfil puede conducir a que ocurra exactamente igual con este nuevo derecho reconocido que con el de la interrupción voluntaria del embarazo. El problema más criticado es el relativo a su intervención en el proceso conducente a la autorización de la eutanasia, la aplicación de la ayuda a morir. La intervención de la CCE puede además desautorizar la labor anteriormente realizada por los dos facultativos e impedir a la vez el ejercicio del derecho del paciente.