GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL
UNIDOS PODEMOS
EN COMÚ PODEM EN MAREA

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
REGISTRO GENERAL DE ENTRADA
0015293
Fecha: 18/01/2017-10:29:54

A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

El **Grupo Parlamentario Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea**, al amparo de lo establecido en los artículos 124 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, presenta para su consideración y debate en el Pleno, la siguiente **Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia**.

C.DIP 15293 18/01/2017 10:23

Congreso de los Diputados, 18 de enero de 2017.

Fdo.: Alberto Garzón Espinosa
(Izquierda Unida)
Portavoz
GCUP-EC-EM

Fdo.: Marta Sibina Camps
(En Comú Podem)
Diputada
GCUP-EC-EM

Fdo.: Eva García Sempere
(Izquierda Unida)
Diputada
GCUP-EC-EM

Fdo.: Ángela Rodríguez Martínez
(En Marea)
Diputada
GCUP-EC-EM

Fdo.: Amparo Botejara Sanz
(Podemos)
Diputada
GCUP-EC-EM

ANTECEDENTES

- Constitución Española de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- 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.
- Ley 2/2010 de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte, del Parlamento de Andalucía.
- Ley foral 8/2011 de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte, del Parlamento de Navarra (*Nafarroako Parlamentua*).
- Ley 10/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de las Cortes de Aragón.
- Ley 1/2015 de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, del Parlamento de Canarias.
- Ley 4/2015 de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, del *Parlament de les Illes Balears*.
- Ley 5/2015 de derechos y garantías de las personas enfermas terminales, del Parlamento de Galicia.
- Ley 11/2016 de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, del Parlamento Vasco (*Eusko Legebiltzarra*).
- Estudio nº 1.996 del CIS, año 1992.
- Estudio nº 2.451 del CIS, año 2002.
- Estudio nº 2.803 del CIS, año 2009.
- Estudio nº 8.811 del CIS, año 2011.
- "Public Attitudes to Assisted Dying": IPSOS Mori para *The Economist*, publicada el 26 de junio de 2015.

C.DIP 15233 18/01/2017 10:23

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

I.

La muerte es consustancial al desarrollo de la vida, esto ha sido así desde la existencia del ser humano. Lo que cambia es la manera de las personas y sus sociedades de relacionarse con este desenlace. En las últimas décadas, aspectos relacionados con una mayor autonomía de la ciudadanía a la hora de afrontar la muerte han ido ganando relevancia en el debate público, en las demandas y propuestas de colectivos sociales, en las iniciativas legislativas desarrolladas a escala autonómica, estatal e internacional, así como en las acciones emprendidas por diferentes organismos para avanzar en la calidad de los momentos finales de la vida.

La mejora de las condiciones sociales y económicas, así como los avances en el ámbito de la medicina, han hecho posible un incremento notable de la esperanza de vida en España. Asistimos a un cambio en el modo de enfermar y morir de la población, pues se ha pasado de un predominio de las enfermedades agudas y los accidentes a una situación en la que las enfermedades crónicas y la pluripatología dominan las estadísticas de morbilidad y mortalidad de nuestra población. A la vez que se alarga la vida, se han generalizado sin embargo las experiencias de sufrimiento personal, físico, psicológico, familiar y social en el proceso de deterioro y muerte de los pacientes.

Existe un amplio consenso que afirma que la finalidad de la medicina en el siglo XXI tiene dos objetivos de la misma categoría e importancia: i) prevenir y curar enfermedades, y ii) ayudar a morir en paz a los ciudadanos, mediante el desarrollo de una medicina paliativa que alivie su sufrimiento y respete sus decisiones.

Esta transición demográfica y epidemiológica, los nuevos enfoques predominantes en la medicina, junto al desarrollo de un Estado democrático, plural y aconfesional, han influido en la manera en que la población se acerca a la muerte. La sociedad española ha manifestado así en diversos estudios cuantitativos y cualitativos su apoyo creciente, hoy ya francamente mayoritario, a la regulación de la eutanasia.

Desde estudios como el del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) del año 1989, cuando un 58% de las personas encuestadas aprobaba que a un enfermo terminal se le suministrara alguna sustancia para ayudarle a morir, hasta el estudio de 2011 del propio CIS, donde un 77,5% de encuestados se inclinaban a favor de regular una ley de eutanasia, el apoyo en nuestro país a esta cuestión ha sido creciente. A nivel europeo, en junio de 2015 una encuesta de *IPSOS-The Economist* para 15 países europeos concluyó que en todos ellos había una mayoría que aceptaba legalizar este derecho. En 13 países esta mayoría abarcaba más de la mitad de los encuestados. España se situaba en cuarto lugar, tras Bélgica, Francia y Países Bajos, con un 78% a favor de la legalización y solo un 7% en contra.

Esta situación favorable a la eutanasia en la opinión pública, sin embargo, no se ha visto reflejada en nuestro ordenamiento jurídico estatal, donde aún está penalizada en el Código Penal.

Además de socialmente, en las instituciones públicas se ha desarrollado en los últimos años una visión deliberativa de la relación clínica entre profesionales sanitarios y ciudadanía. Los textos legales y la práctica clínica han tratado de avanzar hacia una relación basada en la confianza mutua, que trata de compartir la toma de decisiones. Es así que la última legislación autonómica en España ha impulsado la protección del derecho a la información del paciente y la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la muerte. Se han aceptado cuestiones como la limitación de las medidas de soporte vital cuando estas se demuestran inútiles y se ha ampliado la prestación de los cuidados paliativos, o se han establecido registros de documentos de instrucciones previas, como forma de mejorar la calidad de la vida en sus últimas fases.

El desarrollo del principio de autonomía, de un derecho a la vida ligado al valor de la libertad y la dignidad de la persona, no ha de limitarse al reconocimiento de derechos en torno a recibir información médica completa y veraz, al disfrute de unos cuidados de calidad accesibles y centrados en la persona o en el rechazo de tratamientos. Es necesario expandir estos derechos hacia la garantía pública de una buena muerte (*eu thánatos*) que resulte acorde con la defensa de una vida digna hasta el final, lo que incluye tanto el derecho a la eutanasia como al suicidio médicamente asistido.

Esto implica, por un lado, el fin de la confusión entre el derecho a vivir y el deber de vivir. Como se ha indicado más arriba, cada vez está más extendida socialmente la visión de que el Estado debe proteger la vida pero no imponer el deber de vivir en condiciones penosas irreversibles, en contra de los deseos y convicciones más íntimas de uno mismo. Por otra parte, el acceso al cuidado y a la disposición de la propia vida ha de ser equitativo y universal para que también sea justo, de ahí la necesidad de su protección pública.

Según la experiencia de otros países con leyes de eutanasia, tan solo una minoría de la ciudadanía solicita una muerte asistida. Sin embargo, este derecho beneficia a la totalidad de la población ya que amplía el marco de libertades y garantiza la convivencia en un espacio democrático de valores comunes como la libertad, la plena dignidad humana, la autonomía y la solidaridad.

La autonomía individual en este caso ha de complementarse en su dimensión relacional, es decir, ha de combinarse con los restantes principios éticos de la relación clínica en una sociedad democrática. También con la garantía de que no se menoscaben derechos fundamentales de otras personas ni se altere el orden público, requisitos básicos del desarrollo de la libertad ideológica contemplada en nuestra Constitución. En este sentido, se podrá ejercer la objeción de conciencia entre los profesionales sanitarios que se nieguen a participar en una eutanasia o un suicidio médicamente asistido, así como al mismo tiempo se garantizará que el derecho regulado por esta ley se pueda ejercer en aquellas instituciones donde existan objetores.

La concepción de la autonomía se vincula actualmente con otros dos principios clásicos de la práctica médica: i) la no maleficencia, basado en no dañar, y ii) la beneficencia, es decir, el actuar en beneficio de otro a partir de su propia valoración. Ambos muestran desde la solidaridad y la compasión hacia el sufrimiento de otro, desde una conciencia de vulnerabilidad compartida, el compromiso social con no prolongar situaciones irreversibles no

deseadas. Implica también no infligir sobre la persona el daño moral que se deriva de no atender al ejercicio de su libertad a la hora de querer poner fin a su vida en las situaciones contempladas en esta ley con todas las garantías de seguridad.

El principio de autonomía posee finalmente un rasgo colectivo ineludible, pues constituye uno de los fundamentos de toda comunidad política democrática. La capacidad de una sociedad para dotarse de sus propias leyes ofrece un marcador esencial de calidad democrática que impide el divorcio entre la sociedad y sus normas jurídicas.

II.

La Constitución Española (CE) del año 1978 recoge, en su título preliminar y entre sus derechos fundamentales, la protección de la libertad y dignidad de las personas, la garantía de que nadie podrá ser sometido a un trato degradante.

Así, el artículo 1 de la CE reconoce la "libertad" como "valor superior" a proteger dentro de nuestro ordenamiento jurídico. En su artículo 10, apartado 1, se afirma que "la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social". Y finalmente el artículo 15 indica que "todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes".

A partir de este marco jurídico básico, la Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad* desarrolló algunos de estos principios en el ámbito sanitario. Se reconocieron los derechos de la persona con respecto a las administraciones públicas sanitarias para garantizar el "respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social".

Con posterioridad, 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*, recogió y reguló los derechos de los usuarios del sistema sanitario en relación con el consentimiento informado, sus límites y el consentimiento por representación. Su artículo 2 resalta "la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad".

Esta última ley desarrolla el derecho de las personas a decidir sobre los tratamientos que le son propuestos tras recibir la información correspondiente. Se contempla tanto la elección del paciente entre las opciones clínicas disponibles como el rechazo al tratamiento. A partir de ella es obligación de los profesionales intervinientes cumplir con los deberes de información y de documentación clínica, así como con el respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente ya sea en el momento presente o de forma anticipada en el documento de Instrucciones Previas, Voluntades Anticipadas o Testamento Vital.

C.DIP 15283 18/01/2017 10:23

Dentro de este marco normativo, las Comunidades Autónomas han ido aprobando diferentes leyes para regular derechos y deberes en el ámbito sanitario respecto a la toma de decisiones en los últimos momentos de la vida.

El Parlamento de Andalucía aprobó la Ley 5/2003, *de declaración de voluntad vital anticipada*, así como la Ley 2/2010 *de derechos y garantías de la persona en el proceso de muerte*. Cronológicamente, a esta le siguieron: la Ley foral 8/2011 *de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte*, del Parlamento de Navarra; la Ley 10/2011 *de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte*, de las Cortes de Aragón; la Ley 1/2015 *de derecho y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida*, del Parlamento de Canarias; la Ley 4/2015, *de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir*, del Parlamento de las Islas Baleares; la Ley 5/2015 *de derechos y garantías de las personas enfermas terminales*, del Parlamento de Galicia; y la Ley 11/2016 *de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida*, del Parlamento Vasco. Además de estas leyes de ámbito autonómico, otras Comunidades Autónomas están tramitando las llamadas leyes de muerte digna o han dado cabida a la regulación de estos aspectos sin desarrollar leyes específicas para ello.

C.DIP 15283 18/01/2017 10:23

El marco jurídico conformado por la Ley 41/2002 *básica de la autonomía del paciente* y por las diferentes leyes autonómicas citadas, así como por los desarrollos normativos de las Comunidades Autónomas que no han aprobado una ley específica para esta materia, aborda con suficiente especificidad los derechos relativos a la información, a la elección entre opciones clínicas, al rechazo de tratamiento y al alivio del sufrimiento, garantizando el acceso a los cuidados paliativos, promoviendo la planificación anticipada de los cuidados y los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas. Por ello, se considera que estos aspectos han de quedar fuera de la presente ley, no entrando en conflicto con lo allí regulado.

Este reciente desarrollo normativo choca con un artículo 143.4 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Este sigue penalizando la eutanasia y el suicidio médicamente asistido impidiendo el respeto a la libertad, la dignidad y la autonomía. No se considera entre los supuestos penalizados prácticas médicas como la limitación de las medidas de soporte vital, que ante la futilidad del tratamiento y la irreversibilidad de una enfermedad permite la muerte a partir de la retirada o el no inicio de tratamientos básicos para la vida. Habría asimismo que tomar en cuenta también para el caso de España que, cuando se han hecho informes previos a una ley de este tipo en países de nuestro entorno, han hallado cifras importantes de eutanasias que se daban ya al margen de la legislación.

En otros países son así varias las iniciativas legislativas que han ido más allá de lo legislado hasta este momento en nuestro país, regulando el derecho tanto a la eutanasia como al suicidio médicamente asistido. Destacan las leyes en este sentido de Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Suiza y Canadá, así como de cinco Estados de Estados Unidos entre los que destacan Oregon, Washington y California. La experiencia de estas leyes, tanto en su planteamiento como mediante la observación de su aplicación y su evaluación años después de su aprobación, puede ser de utilidad para el avance dentro de nuestro marco jurídico en los derechos relacionados con la toma de decisiones sobre el final de la vida.

III.

La presente ley consta de cinco títulos, una disposición adicional, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

En el Título I se recoge que el objeto de la presente ley será el de regular el derecho que asiste a las personas a solicitar ayuda médica para poner fin a su vida en determinadas circunstancias. Se indican los principios y valores fundamentales presentes en esta ley, especificando su ámbito de aplicación así como la necesidad de que los poderes públicos actúen para garantizar el ejercicio de los derechos aquí recogidos en condiciones de equidad y universalidad. Finalmente, se recoge una serie de definiciones de términos básicos a efectos de esta ley.

El Título II recoge las condiciones que toda persona deberá cumplir a la hora de ejercer el derecho a recibir asistencia sanitaria para finalizar con su vida, describiéndose básicamente los procedimientos que deberá realizar y los plazos para ello.

En el Título III se establecen las obligaciones que tendrán que cumplir los profesionales sanitarios en el desarrollo de los derechos regulados por esta ley. Se indica cuál ha de ser el procedimiento administrativo de notificación de los casos de eutanasia llevados a cabo y de las solicitudes denegadas.

El Título IV recoge las garantías necesarias para que la prestación derivada de los derechos recogidos en la presente ley se pueda llevar a cabo en condiciones de libertad, accesibilidad, justicia y equidad. En este título queda regulada la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios directamente relacionados con el ejercicio de la eutanasia, así como el papel de las instituciones públicas a la hora de salvaguardar que esto no suponga una traba en el acceso a los derechos de las personas que lo soliciten.

En el Título V se establecen las características y las funciones de las comisiones que deberán evaluar el correcto desarrollo y cumplimiento de la presente ley, y llevar a cabo una función de información y divulgación de dicho desarrollo.

En la parte final la disposición adicional remitirá toda infracción al régimen sancionador de la Ley 14/1986, General de Sanidad. Tras una disposición derogatoria general, la disposición final primera abordará la modificación del Código Penal mientras las dos restantes instarán a la habilitación normativa de la ley e informarán de su entrada en vigor.

C.DIP 15283 18/01/2017 10:25

TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto de la ley.

1. Constituye el objeto de la presente Ley Orgánica regular el derecho que asiste a las personas a solicitar y recibir ayuda médica para poner fin a su vida en los supuestos aquí especificados, los deberes del personal sanitario al respecto y las garantías que las instituciones sanitarias han de ofrecer.

2. A efectos de esta ley, lo referido a la eutanasia resultará de aplicación al suicidio médicamente asistido.

Artículo 2. Principios y ámbito de aplicación.

1. En el ejercicio de derechos fundamentales como son la libertad y la plena dignidad humana, desde el desarrollo de los principios de autonomía y solidaridad, de beneficencia y no maleficencia, toda persona podrá solicitar y recibir ayuda médica para poner fin a su vida en los supuestos aquí estipulados.

2. La presente ley se desarrollará en todos los ámbitos sanitarios o sociosanitarios, públicos o privados, en los que se preste asistencia médica a personas al final de su vida, facilitando su aplicación en el domicilio cuando así se solicite.

3. Los poderes públicos habrán de garantizar, a partir de sus respectivas competencias, las prestaciones y obligaciones que se deriven de esta ley, respetando un acceso equitativo y universal.

C.DIP 15783 18/01/2017 10:29

Artículo 3. Definiciones.

A los efectos dispuestos en esta ley se aplicarán las siguientes definiciones:

1. *Eutanasia*: hace referencia a las acciones realizadas por un médico, apoyado por un equipo de profesionales sanitarios, para causar la muerte de manera rápida, eficaz e indolora a una persona con una enfermedad grave que conduce necesariamente a su muerte o que padece sufrimientos físicos o psíquicos que considera intolerables. El solicitante formula su petición de manera libre, expresa, informada y reiterada.

2. *Suicidio médicamente asistido*: es la acción de una persona, con una enfermedad grave que conduce necesariamente a su muerte o que padece sufrimientos físicos o psíquicos que considera intolerables, de finalizar su vida con la asistencia de un médico. Este le proporciona los medios para hacerlo y le atiende durante su proceso

de muerte. El solicitante formula su petición de manera libre, informada, inequívoca y reiterada.

3. *Fase terminal de una enfermedad*: situación avanzada e irreversible, incurable, de una enfermedad, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

4. *Obstinación terapéutica*: es la instauración o continuación de medidas médicas carentes de ningún otro sentido que el de prolongar la vida del paciente cuando este está abocado de manera irreversible a la muerte.

5. *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.

6. *Decisión informada para el final de la vida*: el enfermo que quiera poner fin a su vida debe poder disponer en todo momento de la información que exista sobre su proceso, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos. Es una decisión informada aquella que toma una persona que solicita asistencia médica para morir bien y que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso, después de haber sido informado adecuadamente por el equipo sanitario que le atiende.

7. *Documento de instrucciones previas*: de acuerdo con el artículo 11.1, de la Ley 41/2002, *básica de la autonomía del paciente*, por el documento de instrucciones previas una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar además un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de estas instrucciones.

8. *Objeción de conciencia*: es el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación que resultan incompatibles con las propias convicciones morales.

9. *Médico responsable*: de acuerdo con el 'artículo 3 de la Ley 41/2002 *básica de la autonomía del paciente*, es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario. Tiene el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el

C.DIP 15283 18/01/2017 10:23

proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

10. *Médico consultor:* se tratará de un médico con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo servicio que el médico responsable.

TÍTULO II

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN A LA SOLICITUD DE LA EUTANASIA

Artículo 4. Solicitud de la eutanasia.

Una persona podrá solicitar que le sea practicada la eutanasia siempre que cumpla los siguientes requisitos:

1. Ser mayor de 18 años, capaz y consciente en el momento de la petición, o menor emancipado legalmente.

2. La petición se formulará de manera voluntaria, por escrito, repitiéndose de manera general en al menos dos ocasiones con una separación de 15 días, y no siendo el resultado de una presión externa. Si el médico responsable considera que la muerte de la persona o la pérdida de su capacidad para prestar consentimiento informado son inminentes, se aceptará cualquier periodo menor a 15 días que el médico responsable considere en las circunstancias específicas.

3. La persona ha de encontrarse en la fase terminal de una enfermedad o padecer sufrimientos físicos o psíquicos que considere intolerables.

4. La persona deberá haber recibido información de todas las alternativas de tratamiento existentes, así como de los recursos disponibles en el ámbito socio-sanitario. De todo ello debe quedar constancia en la historia clínica. El derecho a la información se regulará de acuerdo a la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de la autonomía del paciente*.

Artículo 5. Solicitud de eutanasia por personas sin capacidad de discernimiento mediante un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas.

En el caso de tratarse de una persona sin capacidad de discernimiento, pero que hubiera realizado con anterioridad un documento de instrucciones previas, de acuerdo con lo recogido en el artículo 11 de la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de la autonomía del paciente*, se podrá llevar a cabo la eutanasia siempre que cumpla los requisitos clínicos recogidos en la presente ley.

C.DIP 15283 18/01/2017 10:23

Artículo 6. Formato de la solicitud.

1. La demanda de eutanasia deberá hacerse por escrito, repitiéndose de manera general en al menos dos ocasiones con una separación de 15 días.

2. El documento deberá estar escrito, fechado y firmado por la persona demandante de la eutanasia. En caso de no encontrarse en situación de poder escribir el documento, pero sí con capacidad de discernimiento, este deberá ser escrito por una persona mayor de edad de su elección. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la eutanasia no se encuentra en condiciones de escribir el documento e indicar las razones.

3. El documento deberá firmarse en presencia del médico responsable y deberá quedar archivado en la historia clínica del paciente.

4. La persona demandante de eutanasia puede revocar su solicitud en cualquier momento, reflejando su decisión en la historia clínica.

Artículo 7. Sobre la causa de muerte.

La muerte producida por eutanasia se considerará equivalente a una muerte natural a todos los efectos, incluidos los relativos a los seguros de vida.

TÍTULO III
SOBRE EL DESEMPEÑO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA

Artículo 8. Obligaciones del médico responsable.

El médico o la médica responsable que practique la eutanasia, previa consulta al resto del equipo de profesionales sanitarios que participen en la misma, en especial a los profesionales de enfermería, deberá garantizar en todo caso las siguientes acciones:

1. Informar de su estado de salud y de su pronóstico en términos de calidad y esperanza de vida a quien solicita la eutanasia, así como de las posibilidades terapéuticas y los resultados esperables, incluyendo los cuidados paliativos.

2. Asegurarse de que se trata de una petición completamente voluntaria.

3. Si la persona solicitante de eutanasia así lo desea, informar de la petición a los familiares o allegados que señale.

CSV: [illegible]

C.DIP 15293 18/01/2017 10:29

4. Constatar que el solicitante padece una enfermedad terminal o un sufrimiento físico o psíquico que él considera intolerable, así como la reiteración de su voluntad a la hora de solicitar la asistencia médica. Esta reiteración se ha de constatar en las diferentes solicitudes del paciente.

5. Comunicar al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los profesionales de enfermería, la petición de eutanasia y el estado del proceso deliberativo.

6. Dirigirse a un médico consultor, sin intereses en el caso, quien deberá confirmar el cumplimiento de las condiciones señaladas en el apartado anterior. Este médico consultor, competente en el ámbito de las patologías padecidas por el paciente, deberá realizar las mismas comprobaciones realizadas por el médico responsable y detalladas en los epígrafes 2, 3 y 4 del artículo 8 de la presente ley. Asimismo, deberá redactar un informe del que se dará cuenta a la persona demandante de eutanasia y que pasará a formar parte de su historia clínica.

7. Una vez finalizado el proceso de solicitud y habiendo cumplido los requisitos especificados en el artículo 4 de la presente ley, el médico responsable deberá garantizar el acceso a la prestación derivada de la aprobación de la presente ley en los plazos que la persona solicitante considere.

8. Registrar en la historia clínica de la persona demandante de eutanasia la realización de los aspectos reseñados anteriormente, así como el consentimiento informado por parte de dicha persona.

Artículo 9. Comunicación a la Comisión de Evaluación.

Una vez realizada la eutanasia, y en el plazo máximo de 4 días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Evaluación correspondiente dos documentos separados e identificados con un número de registro.

1. El primer documento, referido como "documento 1" a partir de ahora, deberá recoger los siguientes datos:

a) Nombre completo y domicilio del solicitante de eutanasia.

b) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.

c) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional de los médicos consultados sobre la aplicación de la eutanasia.

d) Nombre completo, dirección y capacidad de todas las personas consultadas por el médico responsable, y fechas de dichas consultas.

e) Si el solicitante disponía de un documento de voluntades anticipadas y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo.

2. El segundo documento, referido como "documento 2" a partir de ahora, deberá recoger los siguientes datos:

a) Sexo, fecha y lugar de nacimiento del solicitante de eutanasia.

b) Fecha y lugar de la muerte.

c) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona que solicitó la eutanasia.

d) Tiempo de relación clínica del médico responsable con el solicitante.

e) Diagnóstico fundamental y descripción de la enfermedad grave en fase terminal o del padecimiento constante e insoportable.

f) Motivo por el que el sufrimiento ha sido considerado como intolerable.

g) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

h) Si se podía esperar la muerte próximamente y si existía alguna voluntad anticipada.

i) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para la eutanasia.

j) Capacitación de los médicos consultados y fechas de las consultas.

Artículo 10. Notificación de solicitudes de eutanasia que sean denegadas.

Al denegar una eutanasia, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Evaluación en el plazo de 4 días hábiles después de recibida la solicitud:

1. Los mismos documentos especificados en el artículo 9, adaptando el documento 2 de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

C.DIP 15283 18/01/2017 10:29

2. En caso de objeción de conciencia, además de seguir lo indicado en el artículo 12.3 de la presente ley, 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.

TÍTULO IV.
SOBRE LAS GARANTÍAS EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN

Artículo 11. Garantía de acceso a la prestación.

1. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas adecuadas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria derivada del ejercicio del derecho a la petición de la eutanasia de acuerdo a lo consignado en la presente ley.

2. Esta prestación quedará incluida en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. Medidas para garantizar la prestación por parte de los servicios de salud.

1. Los componentes básicos de la prestación derivada de la aprobación de la presente ley deberán ser establecidos con el consenso del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar la igualdad en el acceso en los diferentes lugares del territorio del estado.

2. Los servicios autonómicos de salud deberán tener elaborado un plan que especifique la manera de prestar y garantizar el acceso al derecho derivado de la aprobación de esta ley en un plazo no superior a 3 meses después de su aprobación.

3. El personal de medicina y enfermería directamente implicado en la prestación de la eutanasia podrá ejercer la objeción de conciencia, atendiendo a lo siguiente:

   a) Las instituciones públicas habrán de garantizar que esto no resulte en la limitación del acceso de la persona al ejercicio del derecho a recibirla.

   b) El rechazo o la negativa a participar en la realización de la eutanasia será en todo caso una decisión individual del personal de medicina y enfermería directamente implicado.

   c) El profesional sanitario que decidiera ejercer la objeción de conciencia deberá comunicárselo a la persona que solicite la eutanasia en el mismo momento de la

solicitud y manifestarlo por escrito a la dirección de la institución sanitaria responsable.

d) El profesional sanitario que decidiera ejercer la objeción de conciencia estará obligado a ofrecer al solicitante de eutanasia otro médico que no ejerza la objeción de conciencia, compartiendo con éste la información necesaria para el correcto manejo del caso.

e) En la situación de que el personal médico o de enfermería ejerciera la objeción de conciencia resultando en un impedimento efectivo al ejercicio del derecho a la eutanasia, la Comisión de Evaluación de la presente ley deberá subsanar dicha traba y facilitar el acceso de la persona demandante de la eutanasia a un equipo de profesionales sanitarios no objetores.

C.DIP 15283 18/01/2017 10:23

TÍTULO V
COMISIONES DE EVALUACIÓN

Artículo 13. Ámbito e institución responsable.

1. Se creará una Comisión de Evaluación de la presente ley en cada una de las Comunidades Autónomas del Estado español, así como una más para las dos ciudades autónomas. En adelante se hará referencia a ella como "la comisión".

2. La creación de estas comisiones de evaluación dependerá de los servicios regionales de salud y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), según corresponda.

3. Así mismo, se creará una Comisión Estatal de Seguimiento, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Artículo 14. Constitución de la Comisión de Evaluación.

1. La comisión estará constituida por 7 personas, escogidas por cada Parlamento Autonómico atendiendo a criterios de paridad de género, cumpliendo los siguientes criterios:

   a) Al menos 2 de ellas deberán poseer la licenciatura o el grado en medicina o medicina y cirugía. De ellas, al menos 1 deberá ejercer la docencia o la investigación en instituciones públicas.

   b) Al menos 3 de ellas deberán ser licenciadas en Derecho, incluyendo a la persona que presida la comisión.

c) Al menos 1 profesional sanitario (de medicina o enfermería) que desarrolle su trabajo en el ámbito de las personas con enfermedades o padecimientos incurables.

d) Al menos 1 persona procedente de organizaciones de la sociedad civil implicadas en la atención de personas con enfermedades o padecimientos incurables.

2. Cada comisión establecerá su reglamento de orden interno.

3. Cada comisión deberá constituirse en las 4 semanas posteriores a la entrada en vigor de esta ley y renovarse cada cuatro años. La renovación podrá llevarse a cabo en dos fases, afectando a la mitad de la comisión en cada una de ellas.

Artículo 15. Custodia de los documentos 1 y 2.

La comisión recibirá el documento 1 y el documento 2. Los incluirá en un archivo que cumpla con la legislación vigente en materia de protección de datos.

Artículo 16. Funciones.

1. La comisión comprobará si la ciudadanía puede ejercer los derechos derivados de la presente ley en la Comunidad Autónoma que le corresponde.

2. Detectará posibles problemas en la puesta en funcionamiento de la ley, proponiendo mejoras concretas si fuera necesario.

3. Resolverá dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la presente ley, sirviendo de órgano consultivo para los servicios de salud en este ámbito.

4. Cualquier requerimiento de verificación de buena praxis deberá remitirse a la comisión desde la institución sanitaria responsable y habrá de mantener el anonimato de quien accedió a la eutanasia. La comisión deberá:

a) Verificar, a partir de los datos recogidos en el documento 2, si la eutanasia se efectuó según las condiciones y los procedimientos previstos por la presente ley.

b) En caso de duda, la comisión puede decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento 1. La comisión puede solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica que tenga relación con la eutanasia practicada.

c) La comisión deberá pronunciarse sobre el cumplimiento de los requisitos legales en el caso requerido en un plazo máximo de 2 meses.

C.DIF 15293 18/01/2017 10:29

d) En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la comisión consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicarlo a la Fiscalía para que proceda, en su caso, a la apertura de una investigación.

e) Si tras el levantamiento del anonimato la imparcialidad de algún miembro de la comisión se considera afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

5. En caso de objeción de conciencia, la comisión deberá:

a) Comprobar que la persona demandante de eutanasia ha sido derivada a un equipo de profesionales que no realicen objeción de conciencia.

b) En caso de que no haya sucedido lo señalado en el apartado anterior, la comisión deberá asegurar que el solicitante puede acceder al procedimiento de la eutanasia a partir de un equipo de profesionales sanitarios que no realicen objeción de conciencia.

6. En los casos de las negativas a la solicitud de eutanasia por el médico responsable que no sean producto de la objeción de conciencia, el solicitante podrá recurrir ante quien presida la comisión, que deberá pronunciarse en un máximo de 15 días naturales.

7. La comisión elaborará un Informe anual de evaluación, que será público y deberá presentarse a la Consejería de Salud competente, a partir del cual:

a) Ilustrará sobre el desarrollo de la ley, aportando información estadística y cualitativa a partir de las notificaciones recogidas en los documentos custodiados, así como análisis rigurosos y una valoración final al respecto.

b) Elaborará un manual de buenas prácticas que sirva para orientar en la correcta puesta en práctica de la presente ley.

Artículo 17. Comisión Estatal de Seguimiento.

Las Consejerías de Salud deberán remitir estos informes al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, quien deberá publicar anualmente un *Informe estatal de seguimiento y evaluación* de la presente ley.

Disposición adicional única. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en Derecho.

Disposición derogatoria. Derogación normativa.

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango en cuanto se opongan a lo establecido en esta Ley.

Disposición final primera. Modificación del Código Penal.

El artículo 143.4 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal se modifica para quedar redactado de la siguiente manera:

'No será punible la conducta de aquél que con actos necesarios y directos coopere en o cause la muerte a otro cuando este lo haya solicitado de manera expresa, inequívoca y reiterada con arreglo a lo que establezca la legislación específica. La persona solicitante habrá de ser una persona con una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte o que padezca sufrimientos físicos o psíquicos que ella considere insoportables".

Disposición final segunda. Habilitación normativa.

Se habilita al Gobierno para dictar las disposiciones que sean necesarias para la ejecución y desarrollo de lo establecido en esta Ley.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.