

DOSSIER PARA DIPUTADOS/AS

ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

EUTANASIA LEGAL

dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

derechoamorir.org

Que la eutanasia sea un delito cuando más del 80% de la sociedad y de los profesionales de la medicina apoyan su despenalización es una anomalía democrática. El proyecto de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) es un paso positivo, pero su texto es **mejorable**. Desde DMD hemos analizado la propuesta del grupo parlamentario socialista y queremos proponer modificaciones que contribuyan a la elaboración de una ley más segura, más eficaz y más justa.

Desde los ámbitos jurídico, médico y de la bioética se coincide en el deber de mejorar esta propuesta, situando en el centro de la nueva ley la autonomía de las personas, con todas las garantías.

1 CONTROL PREVIO Y CONTROL POSTERIOR. UNA REDUNDANCIA INNECESARIA

A diferencia de lo que se ha hecho en países precursores, que garantizan este derecho desde hace más de 20 años, la propuesta socialista **pretende implantar un sistema de control triple** que, a nuestro juicio, es **innecesario** y contribuye a **prolongar el sufrimiento de la persona que quiere morir**.

En estos países el control externo es posterior: después de practicar cada eutanasia, el personal sanitario implicado remite un conjunto de informes detallados que garantizan el cumplimiento de la ley y evitan los abusos. Si se identifica una anomalía, se remite a la Fiscalía para su investigación.

La LORE, por su parte, plantea la creación de las **Comisiones de Evaluación y Control** (CEC), que a su vez establecen una serie de controles adicionales antes de dar el visto bueno a la práctica de la eutanasia. Esto convierte el proceso en una **carrera de obstáculos y entrevistas repetidas**. Estas garantías, que consideramos exageradas, **se basan en temores infundados**. La experiencia de Países Bajos, Bélgica y Canadá demuestra que **el control posterior es suficientemente garantista**.

Tras casi 20 años, en Bélgica y Países Bajos, los procesos judiciales por eutanasia se cuentan con los dedos de una mano. **Ninguna persona ha muerto en contra de su voluntad y ningún médico/a ha sido condenado por mala praxis**.

La **confianza en los profesionales** es uno de los pilares que fundamentan la Sanidad Pública. Sin embargo, la **proposición de ley**, tal y como está redactada, **les coloca bajo sospecha al considerar insuficiente el juicio clínico de dos médicos independientes**. La exigencia de dos voces para aceptar una petición de ayuda a morir ya es una medida excepcional en la práctica médica; incorporar además la reevaluación por los miembros de la Comisión de Control muestra una desconfianza que resulta chocante.

Otro problema de estas Comisiones de Control es que sus miembros estarán designados **por los gobiernos autonómicos**. DMD teme que, en algunas comunidades, se pueda interpretar la ley **anteponiendo las creencias personales** de los miembros de la Comisión a la voluntad reiterada de morir de la persona que solicita ayuda.

El sufrimiento intolerable debe ser un requisito imprescindible para una eutanasia, pero es un concepto complejo y con un componente subjetivo evidente. La obligación de contar con la aprobación de la CEC en cada caso de eutanasia (control previo) **permite que una comunidad autónoma boicotee la ley denegando las eutanasias por sistema**, por razones supuestamente técnicas. Con el control previo, la ciudadanía de algunos territorios verá imposible ejercer su derecho a morir, y buscará asistencia en otros territorios, con el consecuente perjuicio económico y emocional para una persona que padece un sufrimiento intolerable. El **turismo eutanásico** es una realidad en Europa, que avergüenza a la ciudadanía de los países de origen y que no debería repetirse entre comunidades autónomas.

2 EXCESIVOS TRÁMITES BUROCRÁTICOS

Los trámites que propone la LORE ralentizan de forma innecesaria el proceso. **Una petición puede alargarse más de dos meses y el paciente tiene que pasar por seis entrevistas con al menos 4 personas diferentes**, en las que debe repetir una y otra vez (oralmente y por escrito) su deseo de morir y explicando su experiencia de sufrimiento.

Las personas que solicitan ayuda a morir viven en un contexto de fragilidad, con un sufrimiento intolerable que exige compasión y respeto. Para esas personas, **un proceso tan reiterativo, más que una ayuda, puede resultar una dificultad añadida**. Esta excesiva complejidad puede desanimar a los profesionales sanitarios, saturados con su trabajo diario. De este modo, se darían los incentivos para **convertir este derecho en un servicio privatizado**, lo que a su vez transformaría la eutanasia en un privilegio.

Además de imponer demasiados pasos al proceso, el proyecto de ley **no concreta con precisión los plazos** de estos. Incluso recurre a la expresión **“el plazo más breve posible”**, que por arbitraria puede permitir que se **dilata el proceso indefinidamente**, lo que a su vez provocará la indefensión del paciente y prolongará su sufrimiento.

3 REQUISITOS EXCESIVAMENTE RESTRICTIVOS

Según la propuesta del grupo socialista, los requisitos para recibir ayuda para morir son enfermedad grave e incurable (situación terminal) o enfermedad grave, crónica e invalidante, con limitaciones de su autonomía (discapacidad).

Las personas con una enfermedad grave y crónica (no terminal), como una demencia, que deseen despedirse de sus seres queridos mientras la enfermedad sea leve y aún conserven cierta lucidez, **no deberían verse obligadas a soportar la enfermedad hasta situaciones más graves que provoquen dependencia.**

Para evitar interpretaciones contradictorias de la ley, **es importante incluir** en la definición de enfermedad grave, crónica e invalidante, **que las limitaciones de la autonomía personal existan “en el momento de la solicitud o en un futuro próximo”.**

4 ENDURECE LAS PENAS. SUPRIME LA ATENUACIÓN DEL 143.4

La LORE plantea una reformulación del artículo 143.4 del Código Penal, que en la actualidad rebaja (en uno o dos grados) las penas a personas que, como Ángel Hernández, ayudan a morir a un ser querido que así lo pide por un sufrimiento intolerable. **El texto de la proposición de ley elimina la atenuación de penas por cooperación al suicidio, que pasarían a ser de 2 a 10 años de cárcel.** La aprobación de una **ley de eutanasia no debería suponer un retroceso legislativo para estas conductas.**

Cuanto mejor sea la ley, más personas dispondrán de la opción de vivir una muerte digna, según sus valores y su voluntad. **DMD apela a la responsabilidad de las diputadas y diputados para que escuchen estas demandas** y logren consensuar el mejor texto de ley posible; uno que sea duradero y **contribuya a una sociedad más libre** para todas las personas, desde su nacimiento, hasta su muerte.

PASOS PARA SOLICITAR UNA EUTANASIA



PROPOSICIÓN DE DE LEY DEL EUTANASIA

(AÚN NO APROBADA)

- PASO 1 PRIMERA SOLICITUD A MÉDIC@ DE REFERENCIA
- PASO 2 SEGUNDA SOLICITUD A MÉDIC@ DE REFERENCIA
- PASO 3 PROCESO DELIBERATIVO CON MÉDIC@ DE REFERENCIA
- PASO 4 CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE A MÉDIC@ DE REFERENCIA
- PASO 5 MÉDIC@ DE REF. CONSULTA A MÉDIC@ CONSULTOR
- PASO 6 MÉDIC@ CONSULTOR COMPRUEBA REQUISITOS
- PASO 7 CONTROL PREVIO: COMISIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN (CEC)
- PASO 8 LA CEC NOMBRA A EVALUADORES/AS (MÉDIC@ Y JURISTA)
- PASO 9 INFORME DE EVALUADORES/AS
- PASO 10 RESOLUCIÓN DE LA CEC
- PASO 11 PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR
- PASO 12 ENVÍO DE INFORME FINAL A LA CEC

PROPUESTA DE MEJORA DE **dmd**

(ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE)

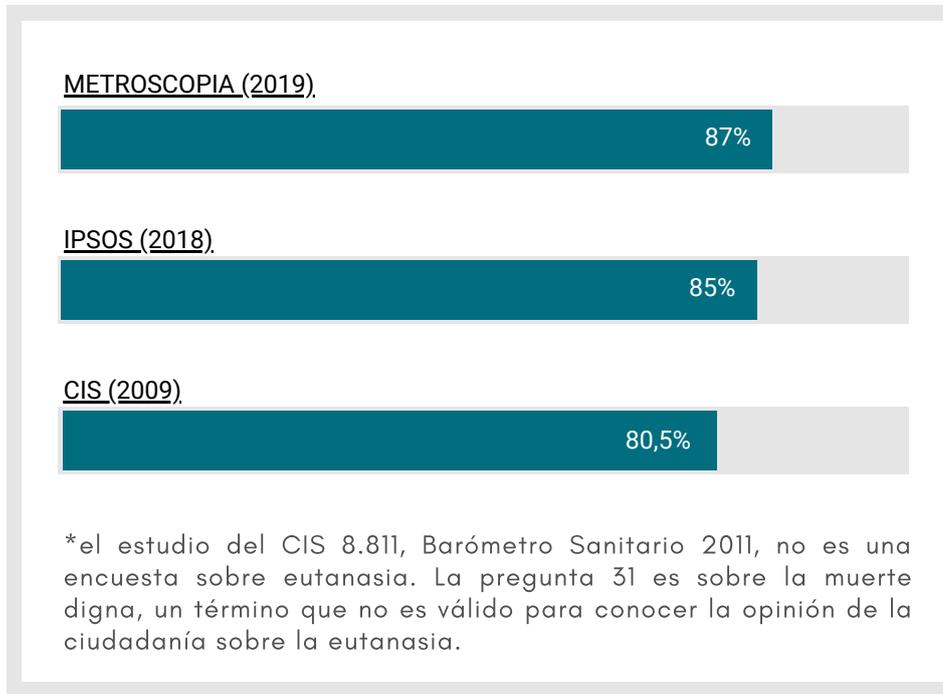
- PASO 1 PRIMERA SOLICITUD A MÉDIC@ DE REFERENCIA Establecer plazos
- PASO 2 SEGUNDA SOLICITUD A MÉDIC@ DE REFERENCIA
- ~~PASO 3 PROCESO DELIBERATIVO CON MÉDIC@ DE REFERENCIA~~
- ~~PASO 4 CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE A MÉDIC@ DE REFERENCIA~~
- PASO 3 MÉDIC@ DE REF. CONSULTA A MÉDIC@ CONSULTOR
- PASO 4 MÉDIC@ CONSULTOR COMPRUEBA REQUISITOS
- PASO 5 CONTROL PREVIO: COMISIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN (CEC)
- ~~PASO 8 LA CEC NOMBRA A EVALUADORES/AS (MÉDIC@ Y JURISTA)~~
- ~~PASO 9 INFORME DE EVALUADORES/AS~~
- PASO 6 RESOLUCIÓN DE LA CEC
- PASO 7 PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR
- PASO 8 ENVÍO DE INFORME FINAL A LA CEC

Eliminar paso
 Establecer plazos

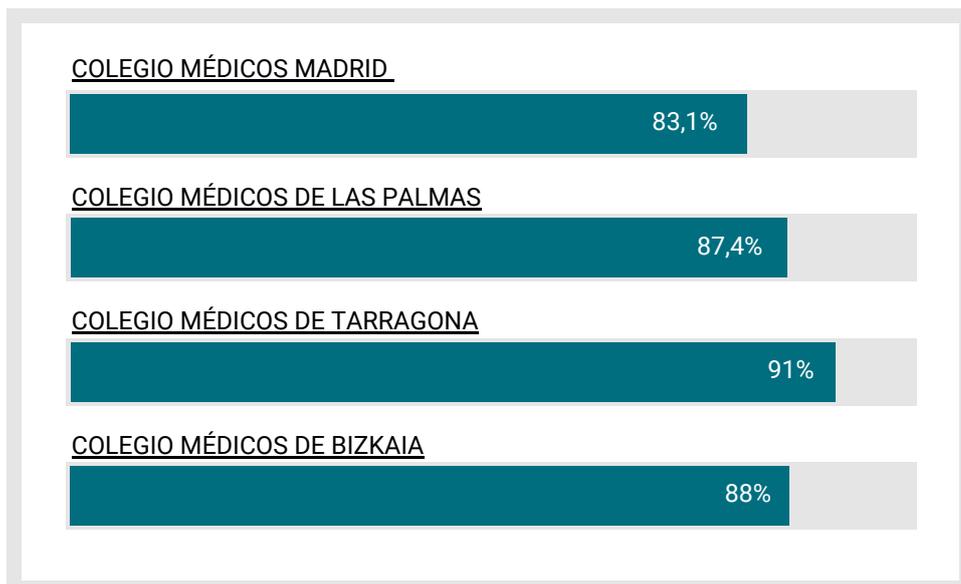
dmd PROPONE:

- > Reducir de cinco a tres las entrevistas al paciente. El criterio de dos medic@s y un control administrativo (CEC) es suficiente para garantizar que los requisitos legales se cumplan.
- > Fijar plazos máximos para evitar demoras.

ENCUESTAS SOBRE APOYO A LA EUTANASIA REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS



ENCUESTAS SOBRE APOYO A LA EUTANASIA EN COLEGIOS MÉDICOS



ENCUESTAS SOBRE APOYO A LA EUTANASIA EN COLEGIOS DE ENFERMERÍA



ARTÍCULO 143

- 1** El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
- 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.
- 4** **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 soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.**



LISTA DE ENMIENDAS QUE DMD HA PROPUESTO A LOS GRUPOS POLÍTICOS

DEFINICIONES (CAP I ART 3.a)

Lo que dice la ley:

3 a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo g).

Lo que propone DMD:

Suprimir art. 3. a)

¿Por qué?

Para situarse dentro del marco general de la ley de autonomía del paciente, la propuesta trata la eutanasia como un tipo de Consentimiento Informado, pero no lo es, porque una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Tal y como se define en la ley, dar la conformidad a una petición propia es un concepto absurdo, que se puede retirar de la ley.

DEFINICIONES (CAP I ART 3.b)

Lo que dice la ley:

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

Lo que propone DMD:

Opción 1:

3.b) **Graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar: situación que resulta del deterioro de la salud que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.**

Opción 2:

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

¿Por qué?:

Opción 1: La definición de "enfermedad grave, crónica e invalidante" no es una mejora real sobre la mención equivalente del actual 143.4 CP, que además cuenta ya con un soporte interpretativo solvente que puede ayudar en la precisión de los actuales conceptos, consolidando la línea doctrinal configurada desde la entrada en vigor del artículo 143.4 CP de 1995. Todo ello se ha ignorado, obligando a empezar de nuevo con definiciones en las que se incluyen referencias confusas. y discutibles.

Opción 2: Incluye a personas con demencia leve moderada, con testamento vital.



DEFINICIONES (CAP I ART 3.c)

Lo que dice la ley:

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

Lo que propone DMD:

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

¿Por qué?

No tiene ningún sentido anular la voluntad de morir, que es el elemento nuclear de la ley, a supuestas situaciones en las que el deterioro de la salud haya sido consecuencia de un acto (como arrojarse por un balcón o dejar de beber) de la persona que desea morir.

DEFINICIONES (CAP I ART 3.g)

Lo que dice la ley:

3 g) Prestación de ayuda para morir: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

3 i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

3 ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.

Lo que propone DMD:

3 g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir **en el propio centro sanitario, sociosanitario o en su domicilio** en dos modalidades:

3 i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

3 ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ~~ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio~~, para causar su propia muerte.

¿Por qué?

Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro socio-sanitario donde reside.



**REQUISITOS PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR
(CAP II ART 5.1.a)**

Lo que dice la ley:

5.1 a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

Lo que propone DMD:

5.1 a) **Ser titular del derecho a recibir asistencia sanitaria en España y estar en la plenitud de sus facultades intelectuales y emocionales o, en su defecto, disponer de testamento vital.**

¿Por qué?

Entendemos que, en lo que respecta a su salud, a partir de los 16 años, el menor es un adulto, tal y como reconoce la Ley de Autonomía del Paciente.

Por otro lado, al tratarse de un derecho recogido en el SNS, el requisito de nacionalidad española o residencia legal en España debería sustituirse por "titulares del derecho a recibir asistencia sanitaria", de manera que no se prive del derecho a los migrantes en situación irregular, a los pensionistas residentes en otros países, ni a las trabajadoras que trabajen en territorios transfronterizos.



REQUISITOS PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP II ART 5.1.b)

Lo que dice la ley:

5.1 b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

Lo que propone DMD:

5.1 b) Disponer, ~~por escrito el paciente o la persona designada por él~~, de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

¿Por qué?

La información puede darse de manera verbal en presencia de testigos, que se anotan en el historial médico y en la documentación pertinente. La exigencia de que una información tan amplia, personalizada en cada caso, se haga por escrito puede ser una tarea tediosa que requeriría de un tiempo del que los profesionales habitualmente no disponen.

En casos de demencia, siempre y cuando la persona disponga de testamento vital, la ley debe recoger la posibilidad de que el receptor de la información sea la persona que represente al paciente.



REQUISITOS PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP II ART 5.1.d)

Lo que dice la ley:

5.1 d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.

Lo que propone DMD:

5.1 d) Sufrir una enfermedad grave **y permanente** o incurable, o **sufrimientos físicos o psíquicos que considere intolerables**, certificada por el médico o médica responsable.

¿Por qué?

Es la persona la que tiene que determinar si su situación es o no es tolerable. Se mantiene la certificación médica por garantía y en previsión de la aplicación del artículo 5.2 (declaración de incapacidad de hecho permanente o aplicación de las instrucciones previas recogidas en el testamento vital).



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
(CAP II ART 5.1.e)**

Lo que dice la ley:

5. 1. e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.

Lo que propone DMD:

5.1 e) Reiterar su voluntad de morir previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicha petición se incorporará a a historia clínica del o la paciente.

¿Por qué?

La petición de ayuda médica para morir no es un tipo de consentimiento informado, porque una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Dar la conformidad a una petición propia es un concepto absurdo, que se debe retirar de la ley.

DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP II ART 7.2 y 7.3)

Lo que dice la ley:

- 7.2 Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de cinco días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.
- 7.3 El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de quince días después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

Lo que propone DMD:

- 7.2 Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de **quince días** hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.
- 7.3 El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de **cinco días** después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

¿Por qué?

El objetivo de la ley es, en primer lugar, garantizar la voluntad de la persona que decide morir y, en segundo, la seguridad jurídica de las personas profesionales que la ayuden. Por ello, se propone ampliar el plazo de reclamación de la persona solicitante y además, para evitar que el proceso se dilate en el tiempo, acortar el del profesional.



PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP III ART 8.2)

Lo que dice la ley:

Art. 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado.

Lo que propone DMD

8 Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud **previa** de prestación de ayuda para morir

(solo en caso de retirar el control previo):

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado **de su petición de ayuda a morir.**

Los profesionales de enfermería a cargo de la asistencia realizarán un informe que certifique que a su juicio la persona solicitante expresa una voluntad clara e inequívoca de morir (en el momento presente o de forma anticipada en sus instrucciones previas), que ha sido informada y conoce todas las alternativas terapéuticas y de cuidados y que su petición es reiterada en el tiempo.



¿Por qué?

Proponemos este cambio en sustitución del control previo (art.10), para aumentar las garantías sin perjudicar la relación médico paciente y para que la ley sea más respetuosa con su intimidad. Se incluye a la enfermería. A propuesta de medicina o enfermería, de la misma manera, en los casos en los que existieran circunstancias de precariedad social, también se podría incluir a trabajo social, que deberá certificar que a su juicio la petición de morir no tiene relación con sus condiciones sociales.

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP III ART 8.3)

Lo que dice la ley:

8.3 El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.

Lo que propone DMD:

Opción 1:(en el caso que permanezca el control previo. Art 10) Suprimir artículo 8.3

Opción 2: (en el caso que se retire el control previo. Art 10)

8.3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de **cinco** días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante **en el plazo máximo de veinticuatro horas. En caso de que el médico consultor deniegue la prestación de ayuda para morir, el médico responsable consultará con otro profesional o, en su defecto, lo pondrá en conocimiento de la Comisión en el plazo máximo de cinco días naturales.**

¿Por qué?

Opción 1: Se debe suprimir el médico consultor porque es excesivo acumular evaluaciones de un mínimo de 4 personas, más el pleno de la Comisión. En caso de que se decida mantener el control previo, con la designación de las dos personas previstas en el art. 10, queda garantizada plenamente la veracidad de la situación, por lo que no sería necesario el médico consultor.

Opción 2: Se debería mantener, en cambio, si se optare por suprimir el procedimiento previsto en el art. 10, acotando los plazos lo máximo posible e incluyendo el procedimiento a seguir en caso de que el informe del médico consultor sea desfavorable.

**CONTROL PREVIO POR PARTE DE LA CEC
(CAP III ART 10)**

Lo que dice la ley:

Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control.

10.2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, así como con la persona solicitante.

10.4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo más breve posible de 7 días naturales, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

Lo que propone DMD:

Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control.

10.2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, **así como con la persona solicitante.**

10.4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo **más breve posible de 7 días naturales**, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

Añadir: **10.6. Transcurrido el plazo de 15 días naturales desde que el médico responsable ponga en conocimiento de la Comisión la solicitud de ayuda médica a morir, el silencio administrativo de la Comisión se interpretará como la aprobación de la prestación.**

¿Por qué?

10.2: Suprimir las entrevistas entre la CEC y el paciente, para evitar distorsionar la relación entre médico y paciente y, por otro lado, para evitar dilatar el proceso de manera innecesaria.



10.4: El plazo de la resolución definitiva no debe ser interpretable (“el más breve posible”), sino fijado por ley en un máximo de 7 días. La ambigüedad de los plazos puede dilatar el proceso innecesariamente.

10.6: Ante un posible colapso de la comisión por peticiones de eutanasia, el silencio administrativo no puede perjudicar el derecho de las personas a recibir ayuda para morir.

REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA (CAP III ART 11)

Lo que dice la ley:

11.1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

Lo que propone DMD:

11.1 Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse **cuando decida el paciente o su representante en caso de incapacidad**, con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

El o la paciente, o su representante en caso de incapacidad, deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

¿Por qué?

Se trata de resaltar que, una vez obtenida la autorización, la ayuda a morir se producirá cuando decida el paciente o su representante, figura que también debe recoger el segundo párrafo.



GARANTÍA DEL ACCESO A LA PRESTACIÓN (CAP IV ART 13)

Lo que dice la ley:

13.1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

Lo que propone DMD:

13.1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública, **cuando la prestación de ayuda a morir tenga lugar en un centro perteneciente a la sanidad pública.**

¿Por qué?

Para evitar posibles reclamaciones posteriores de quienes hubieran acudido a recibir la prestación en centros del ámbito privado.



**MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE
AYUDA PARA MORIR POR LOS SERVICIOS DE SALUD
(CAP IV ART 14)**

Lo que dice la ley:

14.2 La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados, o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

Lo que propone DMD:

14.2 La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios **y socio-sanitarios** públicos, privados, o concertados, **y en el domicilio del paciente**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

¿Por qué?

Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro socio-sanitario donde reside.



**CEC – FUNCIONES
(CAP IV ART 18)**

Lo que dice la ley:

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

18 a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.

Lo que propone DMD:

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

18 a) Resolver en el plazo máximo de **cinco** días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de **tres** días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

~~El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.~~

¿Por qué?



5 días es el plazo propuesto en el artículo 10.3. Veinte días es un plazo abusivo, fundamentalmente en resoluciones que susciten dudas o la negativa no sea muy taxativa.

En el párrafo segundo no es comprensible que para proceder al acto aprobado por otro facultativo se necesite una semana.

El párrafo tercero debería ser suprimido atendiendo a que en el artículo 10 el silencio de la Comisión de Evaluación ha de entenderse como positivo.

CEC
(CAP V ART 17)

Lo que dice la ley:

17. 2. Dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por acuerdo de los respectivos gobiernos autonómicos y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, en los que se determinará su régimen jurídico.

Lo que propone DMD:

17. 2. Dichas comisiones, **de composición estrictamente técnica**, tendrán la naturaleza de órgano administrativo. **Serán nombradas por los respectivos Parlamentos o Asambleas Autonómicas/as, o por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social** en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla.

¿Por qué?

Si se optara por el mantenimiento de Comisiones Autonómicas, la composición, que debería ser estrictamente técnica, debería venir fijada en esta Ley. En ningún caso pueden ser reguladas por acuerdo del Gobierno autonómico: eso supone un grave incumplimiento del principio de igualdad y no está justificado por un respeto a las competencias en materia de Sanidad de las CCAA. Para evitar composiciones afines al Gobierno de cada momento, las Comisiones deberán ser nombradas por los respectivos Parlamentos o Asambleas Autonómicas/as, dando entrada al juego de las mayorías parlamentarias.

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA

Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Lo que dice la ley:

Art. 143.4: 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 enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.

Lo que propone DMD:

- En caso de que no se acepten las enmiendas del art. 3 (y la consiguiente adaptación del texto):

Art. 143.4: El que con actos necesarios y directos cause o coopere a la muerte de una persona, por su petición expresa o inequívoca, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo. **No serán punibles estas conductas cuando se realicen en los términos establecidos en la normativa sanitaria.**

- Si se incorporan nuevas definiciones (requisitos): adaptar el texto.

¿Por qué?

Suprimir las penas atenuadas es un retroceso legislativo que contradice el consenso alcanzado para la aprobación del Código Penal de 1995, y el reconocimiento del derecho a morir. No hay ninguna razón para que la regulación de la eutanasia suponga que las conductas de cooperación necesaria y directa a la muerte libre de otra persona, en las circunstancias del art. 143.4, no reguladas en la LORE, se castiguen con penas de cárcel muy superiores a las del actual código penal. No se debería reducir la atenuación prevista tan sólo al médico o médica, sino mantenerse para cualquier sujeto que realice la conducta prevista.

Según el artículo 143 del Código Penal (actualmente):

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.



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.
4. 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 soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Según el artículo 70 CP:

La pena inferior en grado a la prevista por la ley para cualquier delito tendrá la extensión resultante de la aplicación de las siguientes reglas: Art. 70. 2: la pena inferior en grado se formará partiendo de la cifra mínima señalada para el delito de que se trate y deduciendo de ésta la mitad de su cuantía, constituyendo el resultado de tal deducción su límite mínimo. El límite máximo de la pena inferior en grado será el mínimo de la pena señalada por la ley para el delito de que se trate, reducido en un día o en un día multa según la naturaleza de la pena a imponer.

Por lo tanto, si se aplicara el 143.2, la pena pasaría de entre 2 y 5 años a entre 6 meses y dos años. En los casos en los que aplique el 143.3, la pena pasaría de entre 6 y 10 años a entre un año y medio y 6.

En el caso de Ángel Hernández, por ejemplo, al desaparecer la atenuación del 143.4, se le aplicaría el 143.3 o, en el peor de los casos, el 143.4, con una condena de al menos de 6 años de prisión.