

UNA NUEVA NORMA AUTONÓMICA SOBRE LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS EN EL PROCESO FINAL DE SU VIDA*

M^a Carmen González Carrasco

Centro de Estudios de Consumo

Profesora de Derecho civil acreditada al Cuerpo de Catedráticos

Universidad de Castilla-La Mancha

En el BOE del pasado 21 de julio (núm. 75, secc. I, pág. 51143), se publicó la Ley 11/2016, de 8 de julio, del Parlamento Vasco, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. No es la primera norma autonómica que regula esta cuestión, ni podía esperarse de ella mucho más de lo que, pese al afán de originalidad del legislador autonómico, se había establecido en sus predecesoras.

En efecto, las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias de desarrollo de las bases de la sanidad, habían venido dictando diversas normas que inciden en el régimen jurídico del proceso de morir. Con anterioridad a la Ley 41/2002, ya se habían promulgado algunas normas autonómicas que contenían una regulación incipiente de las voluntades anticipadas. Así, la Ley de Autonomía del Paciente y Derechos de Información y Documentación Clínica de Cataluña (Ley núm. 21/2000, de 29 de diciembre); Ley del Consentimiento Informado de Galicia (Ley núm. 3/2001, de 28 de mayo, modificada por Ley núm. 3/2005, de 7 de marzo); Ley de Salud de Aragón (Ley núm. 6/2002, de 15 de abril), Ley de Salud de La Rioja (Ley núm. 2/2002, de 17 de abril).

Con posterioridad a la Ley 41/2002, las Comunidades Autónomas siguieron legislando sobre voluntades anticipadas sobre la base de esta norma. Ejemplos de ello son la Ley de Voluntades Anticipadas del propio País Vasco (Ley núm. 7/2002, de 12 de diciembre), la Ley de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (Ley núm. 1/2003, de 28 de enero), la Ley de Salud de Illes Balears (Ley núm. 5/2003, de 4 de abril), la Ley sobre derechos y deberes de la personas en relación con la salud de Castilla y León (Ley núm. 8/2003, de 8 de abril), la Ley de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía (Ley núm. 5/2003, de 9 de octubre), la Ley de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha (Ley núm. 6/2005, de 7 de julio), la

* Trabajo realizado en el marco de la Ayuda del Programa Estatal de Fomento de la Investigación Científica y Técnica de Excelencia (Subprograma Estatal de Generación de Conocimiento) del Ministerio de Economía y Competitividad, otorgada al Grupo de investigación y Centro de investigación CESCO, *Mantenimiento y consolidación de una estructura de investigación dedicada al Derecho de consumo*, dirigido por el Prof. Ángel Carrasco Perera, de la UCLM, ref. DER2014-56016-P.

Ley de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente de Extremadura (Ley núm. 3/2005, de 8 de julio), la Ley de Voluntades anticipadas de Illes Balears (Ley núm. 1/2006, de 3 de marzo), la Ley de Voluntades anticipadas en Aragón (Ley núm. 8/2009, de 22 de diciembre), y la Ley Foral núm. 17/2010, de 8 de noviembre (Ley Foral de Derechos y deberes de las personas en materia de salud en Navarra).

A partir del año 2010, las CCAA acometieron, aun a sabiendas de sus escasas posibilidades competenciales, una regulación pretendidamente novedosa del derecho a una muerte digna. En esta línea se inscriben la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía (Ley núm. 2/2010, de 8 de abril; el Código Civil de Cataluña (Libro Segundo - Persona y Familia, aprobado por la Ley núm. 25/2010, de 29 de julio); la Ley de La Rioja de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte (Ley núm. 10/2011, de 24 de marzo); la Ley Foral de dignidad de la persona en el proceso de muerte de Navarra (Ley Foral núm. 8/2011, de 24 de marzo); la Ley derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida de Canarias (Ley núm. 1/2015, de 9 de febrero), y ahora, tras su publicación el pasado 21 de julio, la Ley 11/2016, de 8 de julio, del Parlamento Vasco, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.

El margen de innovación de este tercer grupo de normas es ciertamente escaso. Poco nuevo podía encontrarse en ellas que no permitiera ya deducirse directamente de la Ley estatal 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Recordemos que las Comunidades Autónomas carecen de competencias para desarrollar derechos fundamentales reservados a Ley Orgánica, como lo son la vida y la dignidad de la persona, y su base competencial se limita a desarrollar las bases estatales de la sanidad, que en materia de autonomía del paciente, información asistencial y consentimiento informado se recogen en la antedicha norma estatal, que no tiene por objeto la regulación de los aspectos esenciales de dichos derechos fundamentales sino los aspectos asistenciales de la relación con el paciente. El artículo 2 de esta norma recoge, a modo de principios inspiradores de la actividad asistencial la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, libre decisión del paciente y derecho al rechazo al tratamiento; y el art. 11 recoge, entre otras cuestiones, los límites a la autonomía del paciente en relación con los deseos expresados para el momento de su muerte: *no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis", ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas*. A este respecto, y en especial al primero de los límites expuestos, la eutanasia activa y el suicidio asistido se encuentran previstos y penados en el Código Penal, cuya modificación es competencia estatal orgánica y exclusiva del Estado central, y respecto de los cuales, las CCAA nada tienen que decir.

Con estos mimbres, la actividad asistencial desarrollada en torno al proceso del final de la vida se ha venido desarrollando de forma satisfactoria, tanto en las Comunidades Autónomas que cuentan con normativa específica sobre procesos asistenciales al final de la vida como en las que carecen de ella. Por ello, no es de extrañar que esta nueva norma autonómica se limite a plasmar los derechos de los pacientes que a recibir cuidados integrales y de calidad, incluidos los cuidados paliativos, a la sedación en procesos terminales y el derecho a que se respete la

autonomía de la persona enferma también en el proceso final de su vida, incluyendo la negativa libre y consciente o anticipada a tratamientos de soporte vital. Las novedades de la norma respecto de su predecesora, la Ley vasca 7/2002, de 12 de diciembre, de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, y el Decreto 270/2003 y del resto de normas autonómicas sobre el proceso final de vida se reducen a delimitar –no siempre de forma coherente– las funciones de la persona representante de la expresión de las voluntades previas del paciente¹, y a precisar los deberes de coordinación del facultativo responsable en torno a la evaluación de la capacidad del paciente y a la existencia de voluntades anticipadas y a la información al paciente sobre su conveniencia. El resto de disposiciones novedosas, algunas muy oportunas pero poco relacionadas con el específico proceso del final de la vida, se refieren a deberes sanitarios de carácter más prestacional que asistencial: los derechos lúdicos, educativos y de interacción familiar de los menores hospitalizados (art. 11), el derecho a los cuidados “paliativos” del dolor producido por la muerte de un familiar (art. 12) o el derecho a habitación individual en el *sprint* de meta final (art. 13).

Así las cosas, ¿cómo se explica que la Ley vasca 11/2016 comience con un preámbulo tan manifiestamente eugenésico? Según el mismo, *“los cambios en las estructuras demográfica, social y familiar, a los que se unen los producidos en el desarrollo del mercado laboral actual y las dificultades para compaginar la vida laboral y la vida familiar, que han incidido en las redes comunitarias y en la evolución del cuidado, relegando a un segundo plano el cuidado de las personas enfermas, haciendo desaparecer el rol tradicional de cuidador o cuidadora. Por otro lado, el desarrollo y los avances de la medicina y de las ciencias biomédicas en las últimas décadas han conllevado un aumento de la esperanza de vida y la supervivencia de un número cada vez mayor de enfermos aquejados de patologías antes incurables o mortales, con la consiguiente cronificación y envejecimiento secundario de la sociedad”*. ¿Y por qué define circunstancias como la “obstinación terapéutica” a efectos de esta ley, si posteriormente la norma no va a imponer ninguna limitación específica en tal sentido, más allá de la *lex artis* que rige la actuación de todo profesional de la sanidad?

Que no cunda el pánico. El órdago se explica por las expectativas iniciales, finalmente no cumplidas, de PSE-EE y UPyD, que pedían y apoyaban, respectivamente, que se incorporase al texto una disposición transitoria que fijara que “la ayuda médica para morir se garantizará” cuando se despenalice la

¹ Según el art. 5.1. “En el caso de que las personas profesionales del ámbito de la sanidad implicadas en la asistencia a la persona en el proceso final de su vida le ofrezcan expresamente la información clínica y esta rechace voluntaria y libremente la información que se le iba a proporcionar, deberá respetarse esta decisión. En los casos en que fuese necesario transmitir la información, se hará sobre la base de los criterios previstos en la legislación sobre autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; se transmitirá la información a las personas vinculadas por motivos familiares o de hecho, o, en su caso, a la persona designada como representante”. Lo cual conecta mal con la finalidad de las voluntades anticipadas y el papel del representante eventualmente nombrado en las mismas, puesto que por definición, si un paciente es capaz de rechazar libre y voluntariamente la información sobre su estado, no debería existir acceso a su documento de voluntades anticipadas ni entrar en juego el papel del representante designado en el documento, previsto precisamente por el paciente para el caso de no hallarse en situación de consciencia en el momento del consentimiento.

eutanasia y el suicidio asistido a través de la reforma del Código Penal. Enmienda cuyo rechazo por parte de los propios Bildu² y PNV ha sido muy lamentado por UPyD, quien opina que, a estos efectos, la nueva norma supone dar rango de ley a lo que ya se viene garantizando con normalidad: "a dormir antes de morir para no sufrir".

² Desde EH Bildu, grupo proponente de esta ley, Rebeka Ubera considera que es un "paso significativo" que "blinda" la voluntad de estos enfermos, al tiempo que ha reconocido que "en el camino hacia el Everest (a la despenalización de la eutanasia) se ha llegado al campo base". <http://www.elmundo.es/pais-vasco/2016/07/08/577f9000268e3e335a8b45b8.html>. Sin embargo, nada hay en esta norma que permita poner como hitos de un mismo proceso el derecho a una adecuada asistencia en el momento final de la vida y un pretendido derecho a exigir de un tercero la propia muerte como prestación de carácter asistencial.