



TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN DERECHO

CURSO ACADÉMICO 2020 / 2021

**TÍTULO:
“ANÁLISIS Y REGULACIÓN DE LA EUTANASIA”**

**WORK TITLE:
“ANALYSIS AND REGULATION OF EUTHANASIA”**

**AUTOR/A:
ARACELI MERODIO SÁENZ DE BURUAGA**

**DIRECTOR:
JESÚS MARÍA CORONA FERRERO**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EUTANASIA.....	4
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	4
2.2. CONCEPTO Y TIPOLOGÍA.....	7
2.3. DISTINCIÓN ENTRE LA EUTANASIA Y OTRAS FIGURAS AFINES.....	9
3. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.....	10
3.1. RÉGIMEN JURÍDICO EN ESPAÑA.....	10
3.1.1. REGULACIÓN PREVIA A LA LO 3/2021.....	10
3.1.2. LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.....	14
3.2. DERECHO COMPARADO.....	16
3.2.1. EUROPA.....	17
3.2.2. AMÉRICA.....	22
4. BIOÉTICA Y EUTANASIA.....	24
4.1. ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA EUTANASIA.....	24
4.2. DERECHO A LA VIDA FRENTE A LA MUERTE DIGNA.....	27
4.3. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	29
5. JURISPRUDENCIA.....	30
5.1. TRIBUNALES ESPAÑOLES.....	30
5.2. TRIBUNALES EUROPEOS.....	32
6. CONCLUSIONES.....	35
7. BIBLIOGRAFÍA.....	38

1. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, las cuestiones referidas al final de la vida están alcanzando gran importancia en la sociedad. Un hecho que se debe, fundamentalmente, a dos grandes motivos. El primero de ellos, la alta esperanza de vida que existe hoy en día y que va aumentando exponencialmente gracias a los progresos de la medicina moderna. Y el segundo, los avances producidos en el mundo jurídico sobre nuevos derechos y libertades, relacionados con esta etapa final de la vida, que se proyectan en el derecho a la autonomía del paciente y el derecho a la dignidad.

Se trata de una materia que no solo interesa al mundo jurídico o sanitario, sino que afecta a lo más íntimo del individuo y trasciende a la propia sociedad. Una sociedad que está en conflicto por las distintas formas de pensamiento que chocan entre sí, bien sea por sus convicciones religiosas, su inclinación política o su filosofía de vida.

La intención al abordar este trabajo es llevar a cabo un análisis lo más objetivo posible, dentro de la inherente subjetividad del asunto, sobre la situación actual de la eutanasia, para lo cual se examinarán las diferentes posturas que se han ido adoptando a lo largo de la historia.

Se realizará una disección de su concepto que servirá para diferenciarlo de figuras afines y un estudio de su regulación actual, tanto en España como en el resto del mundo. Un análisis que será de gran utilidad para poder apreciar las diferencias existentes entre la nueva Ley Orgánica 3/2021 y las normativas reguladoras de la eutanasia o asistencia en el suicidio en los Estados de nuestro entorno.

Para finalizar, se tendrán en consideración las opiniones de expertos en lo referente a bioética, los argumentos a favor y en contra que existen y las diferentes posturas adoptadas por los tribunales españoles y extranjeros en el

pasado cuando se han planteado situaciones relacionadas con el ámbito de la eutanasia y el auxilio en el suicidio.

2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EUTANASIA.

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La eutanasia no es algo novedoso ni de actualidad, sino que ha sido practicada y debatida desde las primeras sociedades humanas.

Tanto en la Antigua Grecia como en Roma ya existieron algunos defensores y detractores de la eutanasia.

Platón, en su libro III de *La República* afirmó que *“cada ciudadano tiene un deber que cumplir en todo estado bien organizado y habrá que establecer una legislación para el estado que cuide de los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo, pero respecto a los que no son sanos corporalmente se les dejará morir”*. También sostuvo, en el mismo libro, que *“quien no es capaz de desempeñar las funciones que le son propias, no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad”*¹.

Por otro lado, Aristóteles se pronunció sobre este asunto en su obra *Ética a Nicómaco*, afirmando que tanto la práctica de la eutanasia como el suicidio son actos contrarios a la razón que suponían una ofensa para el Estado, por lo que mantenerse con vida empezó a ser un deber en lugar de un derecho. Los magistrados de la época del filósofo aceptaron inicialmente esta idea, pero tiempo después llegaron a la conclusión de que morir es una cuestión personal y privada, no del Estado².

¹ ESQUIVEL JIMÉNEZ, Juan. *El derecho a una muerte digna: la eutanasia*. 2003.

² REQUENA MEANA, Pablo. *Eutanasia*. *Philosophica: Enciclopedia filosófica online*. 2006-2021.

Siglos después, en consonancia con Platón, Séneca señalaba en sus cartas que *“el sabio se separará de la vida por motivos fundados: para salvar a la patria o a los amigos, pero igualmente cuando esté agobiado por dolores demasiado crueles, en casos de mutilaciones, o de una enfermedad incurable”*³.

Por el contrario, el médico griego Hipócrates dispuso que jamás daría a nadie medicamento mortal, por mucho que se lo solicitasen, ni tomaría iniciativa alguna de ese tipo. De hecho, así es como nació el célebre Juramento Hipocrático, un texto de carácter ético que contiene las obligaciones de los médicos para con sus pacientes⁴.

En la Edad Media, el cristianismo tuvo un rol decisivo. La Iglesia Católica condenó el suicidio, y por tanto la eutanasia, por considerar que atentaba contra el derecho que Dios tiene sobre la vida del hombre.

El filósofo Santo Tomás de Aquino, en su obra *La Suma Teológica*, criticó el suicidio por tres razones ligadas al cristianismo: ser contrario al amor que el hombre se debe a sí mismo, a la sociedad y también al amor de Dios.

San Agustín, por su parte, equiparó el suicidio con el homicidio y no aceptó ningún tipo de excepción, ni siquiera por graves dolores o desesperación.

Más tarde, en el Renacimiento se produce un cambio de mentalidad a favor de la eutanasia. El inglés Francis Bacon en su libro *El avance del saber*, introdujo de nuevo el debate sobre la eutanasia argumentando que *“el deber del médico no solo es devolver la salud al enfermo, sino también aliviar sus dolores y sufrimientos, y no solo cuando tal alivio puede conducir a la recuperación, sino también cuando ayuda a procurar una muerte pacífica y sencilla”*⁵.

En nuestro país, el filósofo Tomás Moro, en su obra político-social *Utopía*, describió la forma del Estado ideal y sostuvo que a los enfermos se les debe

³ FRANÇA TARRAGÓ, Omar. *Eutanasia activa intencional*. 2012.

⁴ ESQUIVEL JIMÉNEZ, Juan. *El derecho a una muerte digna: la eutanasia*. 2003.

⁵ G. BREUER, Marcos. *Eutanasia en la obra de Francis Bacon*. 2015.

proporcionar todo tipo de cuidados y atención, pero si tienen una enfermedad incurable y además soportan constantes e inaguantables dolencias y sufren una terrible desesperación, se les puede causar la muerte, siempre contando con la aprobación de los sacerdotes y magistrados para que no se produzcan abusos⁶.

En la Europa del siglo XVIII, la tradición utilitarista constituyó un sólido apoyo en favor de la defensa de la buena muerte voluntaria. Así, David Hume en su ensayo *Sobre el suicidio* sostuvo que “*los hombres tienen derecho a acabar con su vida cuando consideran, desde un punto de vista racional, que dicha vida no les proporcionará más que sufrimiento*”. Para defender la eutanasia, Hume apelaba a la consideración de la libertad del individuo como un bien básico, un derecho individual por encima de otros intereses individuales o colectivos. Por otro lado, Kant afirmó en su obra *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* que no existe autonomía para disponer de la propia vida, sin importar las circunstancias en que se encuentre el individuo⁷.

En el siglo XIX aumenta el interés por este tema. Incluso Karl Marx realizó una tesis doctoral en la que defendía la eutanasia e insistió en que “*no se espera de los médicos que dispongan de remedios contra la muerte, sino que tengan el saber necesario para aliviar los sufrimientos, y que sepan aplicarlo cuando ya no haya esperanza*”⁸.

Ya en el siglo XX, con unos planteamientos que llevaron al III Reich a escribir una de las páginas más negras de la historia de la humanidad, Hitler aprobó en 1939 una norma que otorgaba competencias especiales a los médicos para matar enfermos incurables. Su objetivo era evitar que deficientes mentales, minusválidos, alcohólicos, etc., ocuparan camas de hospital necesarias para los soldados heridos que volvían del frente. Este tipo de eutanasia -o más bien, homicidio- comenzó con niños recién nacidos y posteriormente se extendió a los

⁶ ESQUIVEL JIMÉNEZ, Juan. *El derecho a una muerte digna: la eutanasia*. 2003.

⁷ TASSET, José Luis. *Razones para una buena muerte (La Justificación Filosófica De La Eutanasia Dentro De La Tradición Utilitarista: De David Hume A Peter Singer)*. Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas. 2011. Páginas 173-179.

⁸ Protestante digital. *Historia de la eutanasia*. 2011.

adultos. Todos ellos eran enviados a centros de eutanasia y se les administraba una inyección letal⁹.

2.2. CONCEPTO Y TIPOLOGÍA.

Desde un punto de vista etimológico, la palabra eutanasia tiene su origen en los vocablos griegos «*eu*», que significa bueno, y «*thanatos*», que significa muerte. Por lo tanto, en su conjunto, eutanasia significa buena muerte, muerte apacible, dulce, sin sufrimiento¹⁰.

Según el Diccionario Panhispánico Jurídico Español, la eutanasia es la “intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”¹¹.

En el ámbito sanitario, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha definido la eutanasia como la “conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave, avanzada o terminal, a petición expresa de ésta y en un contexto médico”¹².

Por su parte, José Luis Díez Ripollés va un paso más allá y establece los cuatro elementos básicos que deben concurrir en el concepto de eutanasia. El primero es una situación clínica desfavorable, es decir, que el afectado sufra una lesión o enfermedad incurable que provoque graves sufrimientos. En segundo lugar, se encuentra la voluntad del enfermo, que debe querer y consentir su propia muerte, lo que significa que no pueden entrar en juego los intereses de terceras personas. El tercer aspecto imprescindible es la muerte del

⁹ USI, Eva. *Hace 70 años comenzó el programa de eutanasia de Hitler*. DW.com. 2009

¹⁰ Etimología.com

¹¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23ª edición.

¹² COMITÉ DE ÉTICA DE LA SECPAL. *Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. *Medicina Paliativa*, volumen 9, nº1. 2002. Página 37.

enfermo y, por último, la necesaria intervención de otra persona bien sea de forma activa o pasiva¹³.

En cuanto a los tipos de eutanasia, se pueden distinguir principalmente dos criterios de clasificación.

El primero de ellos pone el acento en la actuación del médico. De esta forma, la eutanasia puede ser directa o indirecta. La directa es aquella cuyo objetivo es provocar la muerte del paciente. Dentro de esta encontramos dos subtipos: la activa o positiva, que comprende una acción, es decir, administrar algún fármaco o sustancia letal; y la pasiva o negativa, que consiste en una omisión, esto es, no administrar desde el principio un tratamiento o bien retirar el tratamiento que mantiene con vida a la persona. Por contra, la eutanasia indirecta, es aquella que no pretende causar la muerte del enfermo sino aliviar su sufrimiento con procedimientos médicos intensos que terminan produciendo la muerte.

El segundo criterio se centra en la voluntad del paciente. De acuerdo con él, la eutanasia puede ser voluntaria, no voluntaria e involuntaria. En la voluntaria, el sujeto con pleno uso de sus capacidades solicita la ayuda para morir, es decir, toma la decisión por sí mismo. La no voluntaria es aquella en la que un tercero toma la decisión sin el consentimiento del enfermo por la imposibilidad de que este lo exprese, por ejemplo, por ser un niño. Finalmente, la involuntaria consiste en que un tercero tome la decisión sin obtener el consentimiento informado del paciente, pudiendo obtenerse. Esta forma de eutanasia es ilegal y se considera homicidio o asesinato.

¹³ MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro. *El derecho a la eutanasia*. *Revista andaluza de Administración Pública*, nº102. Septiembre-diciembre 2018. Página 104.

2.3. DISTINCIÓN ENTRE EUTANASIA Y OTRAS FIGURAS AFINES.

Cercano el momento de la muerte existen algunas conductas fronterizas o conceptos relacionados que pueden asemejarse a la eutanasia pero que, por la forma de ejecutarse, deben ser diferenciadas de la misma.

Conviene destacar las siguientes:

Suicidio asistido

Consiste en proporcionar al paciente los medios necesarios para suicidarse, desde la prescripción de los medicamentos hasta el asesoramiento sobre dosis letales. En este caso, es el propio enfermo el que se administra el fármaco para morir, de ahí que se denomine suicidio. Todo el proceso se realiza bajo la supervisión de un facultativo, que no podrá estar presente en el momento en que el paciente ingiera el medicamento¹⁴.

Cuidados paliativos

Se trata de una serie de cuidados que mejoran la calidad de vida del paciente al aliviar el dolor, el sufrimiento y otros síntomas provocados por una enfermedad grave y potencialmente mortal. También abordan los problemas psicológicos, emocionales, espirituales, sociales y prácticos que conlleva la enfermedad. La finalidad de estos cuidados integrales no es curar al enfermo, sino controlar los síntomas que padece y ofrecerle apoyo para vivir de la mejor manera posible hasta su muerte¹⁵.

Sedación terminal

Se trata de un procedimiento médico consistente en la administración de medicamentos con un fuerte efecto tranquilizante y sedante a una persona que padece una enfermedad terminal y un sufrimiento insoportable y no controlable. Se diferencia de la eutanasia en que su intención es aliviar el sufrimiento del paciente, aunque sea disminuyendo su conciencia, no provocar la muerte¹⁶.

¹⁴ MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro. *El derecho a la eutanasia*. Revista andaluza de Administración Pública, nº102. Septiembre-diciembre 2018. Página 105.

¹⁵ MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro. *El derecho a la eutanasia*. Revista andaluza de Administración Pública, nº102. Septiembre-diciembre 2018. Página 106.

¹⁶ S.S. *diferencias entre la eutanasia, el suicidio asistido y la sedación terminal*. 2021.

Distanasia

También conocida como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, es una práctica que supone alargar artificialmente la vida del paciente mediante la utilización de medios inútiles -puesto que no existe posibilidad alguna de recuperar la salud del enfermo- sin respetar los deseos del mismo. Puede, incluso, constituir un delito contra la integridad moral al actuar en contra de la voluntad del paciente y conducirlo a una muerte en condiciones inhumanas¹⁷.

Adistanasia o antidistanasia

Es lo contrario a la distanasia. Consiste en suspender la prolongación artificial de la vida del enfermo, dejando que el proceso patológico termine con su vida, es decir, en no poner obstáculos a una muerte inminente¹⁸.

3. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

3.1. RÉGIMEN JURÍDICO EN ESPAÑA.

3.1.1. Regulación previa a la LO 3/2021.

Para abordar el régimen jurídico de la eutanasia en España, es necesario partir de los derechos fundamentales que, en relación con este concepto, consagra nuestra Constitución. El primero de ellos se encuentra establecido en el artículo 10.1, que recoge los derechos relativos a la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad, disponiendo 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”*.

¹⁷ DÍAZ LÓPEZ, Alicia. *La eutanasia*. 2017. Página 17.

¹⁸ DÍAZ LÓPEZ, Alicia. *La eutanasia*. 2017. Página 17.

El segundo precepto de la Carta Magna que debemos tener en consideración es el artículo 15, que recoge el derecho a la vida y a la integridad física y moral, estableciendo 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”*¹⁹.

Aparte de los preceptos constitucionales mencionados, también es de suma importancia hacer referencia al Código Penal Español de 1995 que, hasta el momento, ha regulado la eutanasia. El artículo 143 establece en sus distintos apartados, diferentes tipos delictivos relacionados con la participación en el suicidio. A saber, la inducción, la cooperación necesaria, la cooperación ejecutiva y la eutanasia, que es el aspecto que será analizado.

El citado artículo 143 del Código Penal, en su apartado cuarto, sostiene que *“el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e inhabilitante, o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3”*²⁰.

De esta descripción del tipo penal, se desprende que serán necesarios dos requisitos para que concurra el mismo. El primero de ellos es la previa e indispensable solicitud del paciente, que tiene que revestir una cierta formalidad y ser expresa. Además, el consentimiento informado debe ser manifestado libremente y de manera voluntaria, con la obviedad de que sea emitido por persona capaz. En caso de que no se den estas dos particularidades, se considerará el hecho como atípico y podría ser subsumida dentro de otro tipo penal diferente.

¹⁹ Artículos 10.1 y 15 de la Constitución Española.

²⁰ Artículo 143 Código Penal.

El segundo de los requisitos es que el paciente padezca una enfermedad terminal que desemboque en el fallecimiento o que sufra dolencias graves, difíciles de soportar durante el resto de su vida²¹.

Dentro del ordenamiento jurídico interno, existen más disposiciones legales que están íntimamente relacionadas con los requisitos anteriormente mencionados y que regulan, en cierto modo, la eutanasia pasiva.

Una de ellas es la Ley General de Sanidad 14/1986, que detalla aspectos más genéricos en relación con el derecho a la información y al libre consentimiento del paciente ante tratamientos médicos vitales.

Se pueden destacar artículos claves como el artículo 10.5, que dispone el derecho del paciente y su familia a recibir información completa sobre su evolución, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; o el artículo 10.6, que establece el derecho del paciente a elegir libremente entre las diferentes posibilidades que plantee el médico responsable, siendo siempre preceptivo el consentimiento por escrito del afectado²².

Otra norma importante es la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que garantiza, entre otros, el derecho del paciente a ser informado de las consecuencias, riesgos y contraindicaciones de todo tratamiento o intervención, así como el derecho a no ser informado, en el caso de no desearlo.

Dicho texto legal recalca también la necesidad de que medie el consentimiento libre y voluntario del afectado para cualquier actuación relativa a

²¹ PAREJO GUZMÁN, M^a José. *Problemática jurídica actual de la eutanasia en el ordenamiento jurídico español*. Revista General de Derecho Penal, nº4. 2005.

²² Ley General de Sanidad 14/1986.

su salud, una vez recibida la información anteriormente mencionada. Asimismo, regula el derecho del paciente a negarse a cualquier tratamiento²³.

Un aspecto relevante que introduce esta ley y en el que es necesario hacer hincapié, es el llamado testamento vital o instrucciones previas, que es el documento en virtud del cual *“una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta 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”*.

En definitiva, se trata de un instrumento jurídico que permite a la persona dejar constancia de la voluntad de aceptar o rechazar determinados procedimientos terapéuticos o tratamientos médicos relacionados con el proceso de su muerte, asegurando que, en caso de incapacidad, en el futuro se respeten las decisiones del propio paciente.

La primera ley autonómica que introdujo una definición del concepto de testamento vital fue la ley catalana 21/2000. Junto a esta norma, el Decreto 175/2002 reguló el Registro de Voluntades Anticipadas.

En nuestra Comunidad Autónoma es la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria la que en su artículo 34 recoge las voluntades anticipadas y el Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, el que crea y regula el Registro de Voluntades Previas.

Esta voluntad debe otorgarse por escrito, formalizándose ante notario, ante tres testigos mayores de edad o ante los funcionarios de la Consejería competente en materia de sanidad expresamente habilitados para tal función.

²³ Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Consejería competente pondrá a disposición de los usuarios un formulario que incluirá la posibilidad de rechazar los procedimientos de soporte vital, así como los tratamientos que prolonguen temporal y artificialmente su vida y la petición de sedación en los casos terminales. Tales declaraciones de voluntad serán vinculantes una vez inscritas en el Registro de Voluntades Previas²⁴.

3.1.2. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia.

El pasado mes de marzo fue aprobada por las Cortes Generales la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, convirtiéndose España en el séptimo país del mundo y el cuarto país europeo en legislar sobre la materia. La proposición de ley fue promovida por el grupo parlamentario socialista y aprobada por amplia mayoría en el Congreso de los Diputados (202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones). La ley entró en vigor el pasado 25 de junio, a los tres meses de su publicación en el BOE, salvo su artículo 17 que lo hizo al día siguiente de su publicación.

La ley consta de cinco capítulos. El capítulo I está destinado a delimitar el ámbito de aplicación de la ley y el objeto de la misma, esto es, *“regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse”*.

El capítulo II aborda el derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio.

Así, el derecho a solicitar dicha prestación se reconocerá a toda persona que cumpla los requisitos del artículo 5, que son tener nacionalidad española o residencia en España, además de ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud; disponer por escrito de toda la información que exista

²⁴ Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

sobre su historial clínico, así como las distintas alternativas de actuación; haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito con, al menos, quince días naturales de separación entre ambas; sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante; y, por último, prestar consentimiento informado previamente. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir debe ser autónoma, libre, individual y voluntaria.

Respecto a la solicitud que debe formular el paciente, esta debe hacerse por escrito. El documento tendrá que estar fechado y firmado por el solicitante en presencia de un profesional sanitario, y será incluida en su historial clínico.

El capítulo III establece el procedimiento a seguir para la realización de la prestación de la ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación.

Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir mencionada anteriormente, el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, comunicará al paciente su diagnóstico, tratamiento y diferentes alternativas. Después de recibir la segunda solicitud, el médico resolverá las dudas que pudiera tener el paciente. Transcurridas veinticuatro horas de ese proceso de información, el médico recabará del paciente la decisión de continuar o desistir de la solicitud. Dicha decisión se comunicará al equipo asistencial y a los familiares y allegados del paciente, siempre que este lo solicite.

El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, que examinará al paciente y comprobará que, efectivamente, se cumplan todas las condiciones necesarias. El facultativo redactará un informe con las conclusiones y el médico responsable se lo hará llegar al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación.

El presidente de dicha Comisión designará a dos miembros de la misma, un médico y un jurista, para que verifiquen que concurren los requisitos establecidos en la ley. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los resultados de dicha investigación. La resolución definitiva se

pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión, que lo trasladará al médico responsable para proceder a realizar la prestación de ayuda para morir. Esta será realizada con el máximo cuidado y profesionalidad por parte del equipo sanitario.

Una vez prestada la ayuda para morir, el médico responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma dos documentos. El primero de ellos, contendrá los datos personales del paciente solicitante y del equipo médico. En el segundo, aparecerá lo relativo a la enfermedad y muerte del paciente y al procedimiento seguido.

El capítulo IV hace referencia a los elementos que garantizan a los ciudadanos el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir. En él se indica que dicho servicio estará incluido en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y que su financiación será pública. Aun así, se garantizará la prestación de dicho servicio en centros sanitarios privados e, incluso, en el domicilio. También se garantiza la protección de la intimidad y confidencialidad de las personas solicitantes, y el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario.

Finalmente, en el capítulo V se regula la creación, composición y funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades y Ciudades Autónomas. Se trata de un órgano de naturaleza administrativa que será creado por los respectivos gobiernos autonómicos²⁵.

3.2. DERECHO COMPARADO.

La eutanasia es un concepto que difiere en función de la cultura y la sociedad en que nos encontremos. Como consecuencia, las legislaciones de los

²⁵ Ley 3/2021, reguladora de la eutanasia.

países son dispares y recogen sus propios matices, atendiendo a su idiosincrasia. Actualmente está legalizada en siete países.

3.2.1. Europa

Países Bajos

Holanda ha sido el primer país del mundo en legalizar la eutanasia. Su procedimiento fue bastante complejo, atravesando varias etapas. El primer momento relevante, fue la sentencia del Tribunal del Distrito de Leeuwarden del año 1973 en el caso Potsma Van Boren, en que la doctora inyectó una dosis mortal a su madre, que había manifestado en varias ocasiones su deseo de morir, como consecuencia de una hemorragia cerebral, que le dificultaba el habla y el caminar. Los tribunales le condenaron a una semana de cárcel.

En 1984 la Corte Suprema sentenció que no penalizaría la eutanasia siempre que se cumplieran una serie de condiciones. La petición de eutanasia debía proceder del paciente, y haber sido realizada de manera voluntaria y libre; esta petición debía ser meditada y prolongada en el tiempo; el paciente debía solicitarla como consecuencia de padecimientos graves y sin expectativas de mejora; la eutanasia debía ser el último medio al que recurrir; y, por último, el médico que trate al paciente debía consultarlo con un colega ajeno al procedimiento, que fuera experto en ese campo.

Tras esta sentencia, el Gobierno encargó un informe, el “Informe Remmelink”, publicado en 1991, para conocer la práctica real de la eutanasia. Como consecuencia, en 1993 se aprobó una “reglamentación de la eutanasia”. Con este nuevo estatus, tanto la eutanasia como la asistencia al suicidio seguían estando tipificadas en el Código Penal, pero no se condenará al autor si se cumplían ciertas condiciones.

Ocho años más tarde, en abril de 2001, tanto la Cámara Alta como la Baja habían aprobado la propuesta de la “ley de verificación de la terminación de la vida a petición y suicidio asistido”, que entró en vigor en el año 2002.

La novedad que introdujo esta ley y que más impacto causó en la sociedad fue la regulación de peticiones de eutanasia para menores de edad, a partir de los doce años. Con esta ley, se incluyó una eximente en el Código Penal, que excluía la responsabilidad penal del médico que hubiera asistido en el suicidio siempre que cumpliera con las exigencias establecidas. De igual forma, se produce una inversión en la carga de la prueba ya que no es el médico quien debe demostrar que ha cumplido con las estipulaciones requeridas, sino que es el Fiscal quien debe probar que el médico las ha incumplido antes de poder iniciar un procedimiento contra él.

Algunas de las cuestiones más importantes que regula la Ley 26691/2001 se encuentran en sus dos primeros artículos. En el artículo primero se definen algunas cuestiones fundamentales, como puede ser el auxilio al suicidio o las personas involucradas en el proceso.

En comparación con la ley española, en el procedimiento neerlandés intervienen más agentes, cuenta con el médico principal que termina con la vida del paciente a petición de este; un médico asesor ajeno al que se le consulta sobre la intervención; asistentes sociales; la comisión de comprobación, que desarrolla la propia ley en su artículo tercero; y el Inspector regional.

En el artículo 2 de la Ley, se incluyen los requisitos de cuidado y esmero profesional que se exigen en todos los procedimientos²⁶.

Bélgica

La eutanasia ha sido la protagonista de un largo y polémico debate en este país hasta que, finalmente, se consiguió regular.

Tres situaciones clave determinaron su legalización. La primera de ellas fue en 1973, momento en el que los tribunales holandeses establecieron los requisitos -explicados anteriormente- que harían de la eutanasia algo aceptable. La segunda fue la ruptura del gobierno cristiano-demócrata en 1999, que, hasta

²⁶ VEGA, J. ORTEGA, I. *La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia en Holanda.*

entonces, había vetado cualquier posibilidad de regular la eutanasia. Y el tercer momento decisivo fue la publicación de un estudio en el año 2000, en el que se ponía de manifiesto la práctica oculta e ilegal de la eutanasia por parte de los sanitarios holandeses. Todo ello provocó que en el año 2002 se aprobaran dos leyes, la Ley relativa a la eutanasia y la Ley relativa a los cuidados paliativos.

La ley belga legaliza la práctica de la eutanasia para personas mayores de edad y menores emancipados. Los pacientes deben padecer una enfermedad grave e incurable y soportar sufrimientos físicos o psíquicos difíciles de sobrellevar. La solicitud de eutanasia debe ser voluntaria, reiterada e individual, sin la injerencia de terceras personas. La ley también prevé todo el procedimiento que el médico debe seguir con el paciente sobre información, planteamiento de alternativas y sus consecuencias.

Es necesario recalcar que en el año 2014 dicha ley fue modificada e introdujo la práctica de la eutanasia infantil sin límite de edad, convirtiéndose así en el primer país del mundo en conseguirlo.

El menor debe padecer una enfermedad irreversible. El médico será el encargado de evaluarle, previa consulta de un psiquiatra infantil. La decisión del menor debe ser apoyada por sus padres, que pueden vetar la iniciativa en cualquier momento²⁷.

Luxemburgo

En febrero de 2008, los diputados de la cámara votaron por una justa mayoría la legalización de la eutanasia. Sin embargo, el Duque de Luxemburgo, que tiene la potestad de promulgar y sancionar las leyes, se opuso por motivos morales. Como consecuencia a dicha negativa, el Ducado decidió reducir el poder del Duque para evitar que volviera a suceder. De esta forma, en 2009, entró en vigor la Ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

²⁷ GUERRA VAQUERO, Ana Ylenia. *La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo. El Cronista del Estado social y democrático de derecho*, nº79. Páginas 52-53.

Esta ley contempla la no imposición de sanción en el ámbito penal cuando ya se haya iniciado un procedimiento civil como consecuencia de los daños que se hayan podido causar para responder a una solicitud de eutanasia, siempre que se cumplan ciertas condiciones. Entre ellas, que el paciente sea consciente y capaz en el momento de la solicitud; que dicha solicitud se formule de forma voluntaria y por escrito; y que el paciente se encuentre en una situación desesperante y terminal, cuyo único final posible sea la eutanasia²⁸.

Francia

El Código Penal francés tipifica como delito el hecho de provocar la muerte a otra persona mediante la administración de sustancias; la mera realización de una oferta o promesa de acabar con la vida de una persona, aunque no se llegue a realizar ni a intentar; y la publicidad o propaganda de productos que pongan fin a la vida. Con ello se pretende asegurar la inviolabilidad del cuerpo humano, principio consagrado en el Código Civil francés.

El Código de Salud pública francés, con su Ley Leonetti como protagonista, prohíbe tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Sin embargo, recoge el derecho a los cuidados paliativos y el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento cuando se considere desproporcionado o inútil.

También se garantizan y refuerzan las directivas anticipadas, que, a diferencia de la legislación anterior, son de carácter vinculante y obligatorio.

Cabe destacar que esta ley francesa configuró dos nuevos derechos. El primero de ellos, es el derecho a no sufrir, en el que se incluye recibir tratamientos analgésicos y anestésicos para pacientes en fase terminal. El segundo, estrechamente relacionado con el anterior, es el derecho del paciente a solicitar una profunda y continua sedación que cause una alteración de la conciencia hasta la muerte.

²⁸ GUERRA VAQUERO, Ana Ylenia. *La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo. El Cronista del Estado social y democrático de derecho*, nº79. Páginas 54-55.

En definitiva, la única alternativa a la eutanasia son unos cuidados paliativos universales y de calidad, que la ineficacia de la administración del Estado ha impedido desplegar en toda su extensión y garantizar. No hay posibilidad legal de eutanasia ni un sistema público de cuidados paliativos, razón por la que esta legislación ha sido muy cuestionada por la sociedad francesa²⁹.

Alemania

Resulta importante destacar la más reciente jurisprudencia del alto tribunal de Alemania, el Tribunal Constitucional Federal alemán, que resolvió de forma conjunta los recursos de amparo que presentaron determinadas asociaciones y particulares en relación con la redacción del artículo 217 del Código Penal alemán.

La sentencia falló en favor de los recurrentes, declarando nulo de pleno derecho el citado artículo del Código Penal, amparándose en que consideraba vulnerado “el derecho al libre desarrollo de la personalidad”, y más concretamente “el derecho a la muerte autodeterminada”.

Estos recursos tienen su origen en el año 2015, momento en que entró en vigor la Ley para la punibilidad del favorecimiento comercial del suicidio que introdujo en el ordenamiento la redacción del polémico artículo 217 que seguía así, “quien, con la finalidad de favorecer el suicidio de otro, le confiera, proporcione o facilite comercialmente la ocasión para ello, será castigado con pena de prisión de hasta 3 años o multa. No será castigado el partícipe que no actúe comercialmente y sea pariente del otro mencionado en el primer párrafo o este íntimamente vinculado a él”. La finalidad principal de este artículo era combatir contra la proliferación de “ofertas comerciales” que asistían en el suicidio, siendo planteadas no solo por parte de organizaciones, sino también de particulares³⁰.

²⁹ DÍEZ RODRIGUEZ, José Ramón. *El final de la vida en la normativa francesa. El Cronista del Estado social y democrático de derecho*, nº79. Páginas 56-63.

³⁰ RIQUELME VÁZQUEZ, Pablo. *Suicidio asistido y libre desarrollo de la personalidad en la República Federal de Alemania. Revista de Derecho Político*, nº109. Septiembre-diciembre 2020. Páginas 295-325.

3.2.2. América

Colombia

Colombia ha sido el primer país latinoamericano en despenalizar la eutanasia.

En 1996, un ciudadano demandó ante el Tribunal Constitucional la inconstitucionalidad del artículo 326 del Código Penal colombiano, que tipificaba el homicidio por piedad, esto es, matar a un enfermo incurable para evitar sus sufrimientos. La pena de prisión era de seis meses a tres años, pena que el demandante consideraba excesivamente corta en comparación con otros tipos penales. El ciudadano alegaba el derecho a la vida y la igualdad.

El Tribunal Constitucional resolvió que no se debía castigar a los médicos que incurrieran en el homicidio piadoso cuando el sujeto fuese un enfermo terminal que viniese soportando intensos dolores y cuando él mismo hubiese prestado su consentimiento. Además, el Tribunal lo consideró derecho fundamental, estableciendo en la sentencia que “el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia biológica, sino que implica la posibilidad de vivir adecuadamente en condiciones de dignidad”. De esta manera, la eutanasia entró en un limbo jurídico, siendo una figura legal dentro del ordenamiento pero que carecía de regulación.

El 20 de abril de 2015, se reguló finalmente el procedimiento de eutanasia para pacientes terminales, mayores de edad y que hayan solicitado la ayuda para morir de forma libre y voluntaria.

En julio de 2021, la Corte Constitucional extendió el derecho a morir dignamente a los enfermos no terminales³¹.

³¹ DÍAZ-AMADO, EDUARDO. *La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. Dossier monográfico XIII Congreso Mundial IAB. Revista de Bioética y Derecho, n°40. Noviembre 2020.*

Estados Unidos

En Estados Unidos la eutanasia es ilegal, sin embargo, existen once Estados en los que se permite el suicidio asistido. Estos son Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), California (2015), Colorado (2016), Washington D.C (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019), Maine (2019) y Nuevo México (2021)³².

Cada Estado cuenta con una normativa diferente, pero existen determinadas similitudes en todas ellas. En primer lugar, como requisitos a cumplir por el paciente, este debe tener dieciocho años, residir en el Estado de origen, ser capaz de tomar decisiones por sí mismo, y padecer una enfermedad terminal que suponga la muerte en seis meses. En segundo lugar, como requisitos a cumplir por el médico, este debe diagnosticar una enfermedad terminal que desemboque inevitablemente en la muerte en menos de seis meses, y mantener informado al paciente de todas las alternativas posibles. Por último, se regula el orden cronológico en que el paciente debe solicitar la medicación para morir. Primero tiene que realizar una solicitud oral al médico responsable. Transcurridos quince días deberá solicitarlo de nuevo de forma oral. Finalmente, realizará una solicitud por escrito cuarenta y ocho horas antes de comprar la medicación³³.

En concreto, el Estado de Oregón fue el primero de todos en legalizar el suicidio asistido, en 1994. En dicho Estado se encuentra la figura del POLST (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment). Son órdenes firmadas por una persona con una enfermedad grave y por su médico que permiten al enfermo registrar sus preferencias en cuanto a la prescripción de tratamientos médicos de soporte vital. Son de obligado cumplimiento para el servicio de urgencias y el resto de personal sanitario.

En la ley *Oregon Death with Dignity Act* aparecen reguladas con mayor precisión cuestiones como los requisitos para solicitar la muerte asistida, quién

³² *Derechoamorrir.org*

³³ GARAYALDE URQUÍA, Ana. *Muerte digna en Estados Unidos: análisis de la regulación del auxilio al suicidio a nivel estatal*. 2017.

puede iniciar la solicitud, la forma que esta debe presentar, las obligaciones y responsabilidades del médico durante el procedimiento, la confirmación del médico consultor, la notificación a los familiares del paciente e, incluso, el derecho a rescindir la petición en el momento y forma en que el solicitante desee.

4. BIOÉTICA Y EUTANASIA.

4.1. ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA EUTANASIA.

La eutanasia es un asunto que genera bastante controversia, no solo desde el punto de vista médico o jurídico, sino también ético y social. Por ello, es el núcleo de un debate que termina dividiendo a la sociedad en dos. De forma muy sintética, por un lado, están los que defienden abiertamente la eutanasia como un avance en el reconocimiento de derechos y una sociedad más humana y justa y, por el otro, los que anteponen la defensa del derecho a la vida digna y al desarrollo de un sistema de cuidados paliativos que permitan la elección real y efectiva del paciente.

Existen algunos argumentos en contra de la eutanasia. El primero de ellos es el que las teorías consecuencialistas denominan como “pendiente resbaladiza”, que implica que para determinar si una conducta es correcta o no, hay que ponderar si genera todo el bien posible, o que prevalezca el bien sobre el mal.

Si se extrapola dicho razonamiento al ámbito de estudio, hay un cierto sector de la doctrina que considera que la despenalización de la eutanasia supone abrir la puerta a una excepción y que, de esa manera, a su vez, se produzcan otras excepciones que conlleven ciertos peligros o riesgos que no estaban previstos de forma original. Esto no sería beneficioso normativamente hablando, al producirse abusos en la ley. La única manera de evitarlo sería prohibiendo la conducta.

El segundo es el argumento social. Es posible que, por motivos económicos, familiares y sociales, los pacientes en una situación más delicada asuman este derecho como una obligación, al considerarse una carga para la sociedad. Además, la entrada en vigor de la ley marcaría una distinción entre lo que es una vida normal, de calidad, y una vida desmejorada, atribuyendo de este modo más valor a unas vidas que a otras.

El tercer argumento contrario a la eutanasia radica en su impacto sobre los profesionales sanitarios. ¿Qué supone para ellos? Los enfermos podrían desconfiar de ellos, ya que la prestación de ayuda para morir supone disminuir la implicación para con aquellos pacientes que padezcan enfermedades incurables. Es mucho más sencillo provocar la muerte a alguien que cuidarle y prestarle atención. Por ello, la imagen de los médicos podría verse dañada, al igual que la relación de confianza médico-paciente.

El cuarto argumento consiste en la prioridad de los cuidados paliativos. Si con la aplicación de un servicio de calidad de cuidados paliativos se consigue mitigar el dolor y el sufrimiento de los pacientes en situaciones terminales, la eutanasia dejaría de tener sentido.

Recientemente, el Consejo General del Colegio Oficial de Médicos (CGCOM) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) presentaban la guía de sedación paliativa 2021 para la correcta aplicación de este tratamiento. Según ambos, lo prioritario es nuestro país no era la aprobación de la ley de la eutanasia sino una ley de cuidados paliativos que llevan pidiendo desde hace más de tres décadas. Y es que según las cifras que manejan, entre el 50 y el 60% de los enfermos al final de la vida van a necesitar sedación paliativa para tener un final apacible, digno y en su momento³⁴.

El quinto argumento es la falta de autonomía del sujeto. Hay que tener en cuenta que los pacientes incurables y en fase terminal se encuentran en una

³⁴ BATRES, Olalla. *Lo urgente no era la Ley de Eutanasia, sino una de Cuidados Paliativos*. Redacción médica. Julio de 2021.

situación de soledad, desesperación, dolor, angustia y sufrimiento, por lo que sus deseos de morir pueden ser constantes, pero no verdaderos. Es decir, su facultad para decidir podría estar condicionada por hallarse en estas circunstancias tan difíciles.

El último argumento y, quizás, el más importante, es el derecho a la vida. Según el Tribunal Constitucional, el derecho a morir no existe, ni forma parte del derecho a la vida³⁵.

Entre los argumentos a favor de la eutanasia se pueden destacar los siguientes. El primero de ellos consiste en la protección de algo tan importante como es la dignidad humana, un valor inherente a todo ser humano por el mero hecho de serlo. Y es que muchos autores argumentan que el sufrimiento, el dolor, la desesperación y demás síntomas derivados de enfermedades crónicas y graves, despojan al enfermo de toda dignidad. Por ello, invocan el “derecho a una muerte digna”.

El segundo de ellos, relacionado íntimamente con el anterior, es el ejercicio de la libertad y de la autonomía. El enfermo debe poder tomar la decisión sobre cómo enfrentar su propia muerte y elegir entre morir en las condiciones que él mismo escoja o morir entre dolor y sufrimiento poco tiempo después.

Finalmente, el tercer argumento que barajan es que, al legalizar la eutanasia, se evitarían las prácticas clandestinas que ponen en riesgo la vida y seguridad de los enfermos, así como la integridad de los médicos.

³⁵ DE LA TORRE DÍAZ, Javier. *La eutanasia, siete argumentos para pensar. El Cronista del Estado social y democrático de derecho*, nº79. Páginas 22-27.

4.2. EL DERECHO A LA VIDA FRENTE A LA MUERTE DIGNA.

El derecho a la vida es un derecho universal que corresponde a todo ser humano y que consiste en tener la oportunidad de vivir cada uno su propia vida. Se trata de un derecho fundamental que goza de un valor superior, ya que sin él no existirían todos los demás.

Este derecho, aparte de encontrarse promulgado en el artículo 15 de nuestra Constitución, está recogido en numerosos textos internacionales de gran importancia, como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 3: *“todo individuo tiene derecho a la vida”*) o en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (artículo 2: *“toda persona tiene derecho a la vida”*).

Frente a él, se encuentra lo que algunos denominan “derecho a morir” o “muerte digna”, aunque no se encuentra recogido en ningún cuerpo normativo. Se trata de una extensión natural del derecho a vivir, que está estrechamente vinculada con la dignidad, aquel *“valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás”*³⁶.

De acuerdo con todo ello, todo ser humano aspira a vivir dignamente, pero como la muerte forma parte del proceso de la vida, una vida digna exige una muerte digna.

El problema que se plantea es si realmente existe un derecho a disponer de la propia vida. El Tribunal Constitucional ha dado respuesta a este interrogante en la sentencia 120/1990, de 27 de junio, estableciendo que *“el derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia*

³⁶ MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro. *El derecho a la eutanasia*. Revista andaluza de Administración Pública, nº102. Septiembre-diciembre 2018. Página 101.

muerte". Es decir, la privación de la propia vida es un acto que no está prohibido por la ley, pero no se puede considerar un derecho subjetivo³⁷.

También se han pronunciado sobre esto distintos sectores de la sociedad. Por ejemplo, José Manuel Castro Beiras, presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Madrid, que afirma que está *"en contra de la legalización de la eutanasia"*, ya que la muerte digna del paciente de la que tanto se habla *"se puede solucionar con otras técnicas médicas"* como los cuidados paliativos³⁸. Asimismo, Federico Montalvo, presidente del Comité de Bioética del Ministerio de Sanidad, ha manifestado que *"la ley de la eutanasia tendría que reconocer el derecho que ya existe, que es el derecho a no sufrir, no el derecho a morir"*³⁹.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), consideran que *"la dignidad al final de la vida es mucho más que el derecho a morir"*, y que los cuidados paliativos garantizan un alivio eficaz del sufrimiento ante enfermedades terminales mediante una atención integral, centrada en el paciente y su familia. Sin embargo, muchas personas no pueden acceder a ellos, y tampoco existe una ley nacional que los garantice. Ello da a entender que *"la única alternativa para dejar de sufrir es dejar de vivir"*^{40 41}.

³⁷ STC 120/1990, de 27 de junio. Fundamento jurídico 7º.

³⁸ REDACCIÓN MÉDICA. *La ley de eutanasia empeora el derecho médico a la objeción de conciencia. Entrevista a José Manuel Castro Beiras. Diciembre de 2020.*

³⁹ ORTEGA, Esther. *Bioética rechaza la ley de eutanasia y aboga por una alternativa médica. Redacción médica. Febrero de 2021.*

⁴⁰ Europa press. *SECPAL y AECPAL avisan de que dignidad al final de la vida es mucho más que el derecho a morir. Diciembre de 2021.*

⁴¹ *La Iglesia Católica también ha querido manifestar su forma de entender la eutanasia. Y así, en su Carta encíclica, Evangelium vitae, confirman que la eutanasia "es una grave violación de la Ley de Dios en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana".*

En concordancia con lo anterior, el obispo de Santander, Manuel Sánchez Monge, sostiene que "el derecho a morir no existe, lo que existe es el derecho a vivir" y recalca que "los médicos de paliativos dicen que, los que al principio piden la eutanasia, cuando se les aplican los cuidados paliativos, ya cambian de opinión y tienen derecho a una muerte verdaderamente digna, una muerte humana".

4.3. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

La objeción de conciencia es un derecho fundamental recogido en el artículo 30 de la Constitución Española, que consiste en la contradicción moral entre el deber de cumplir un mandato legal y la conciencia del profesional, que se lo impide por motivos éticos o religiosos.

Como se ha analizado anteriormente, la objeción de conciencia en la nueva Ley 3/2021, reguladora de la eutanasia, se encuentra recogida en el capítulo IV, concretamente en el artículo 16. Este establece, en su primer apartado, que *“los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito”*.

Este artículo ha recibido numerosas críticas, ya que limita dicho derecho fundamental en tres ocasiones. En primer lugar, solo permite la objeción de conciencia anticipada, no la sobrevenida. En segundo lugar, solo admite que la objeción se realice de forma escrita. Y, por último, solo se reconoce este derecho a los profesionales directamente implicados, pero no a los vinculados indirectamente⁴².

Otra novedad que ha incluido la ley sobre este derecho ha sido la creación -por primera vez- de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia. Con ello, se pretende *“facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”*, según el apartado 2 del artículo 16.

⁴² REDACCIÓN MÉDICA. *La ley de eutanasia empeora el derecho médico a la objeción de conciencia. Entrevista a José Manuel Castro Beiras. Diciembre de 2020.*

Sin embargo, dicha medida no ha sido acogida como se esperaba y ha provocado distintas reacciones. Por ejemplo, el Consejo General del Colegios de Médicos (CGCOM) se ha opuesto a ello ya que, según recuerda, el artículo 16.2 de la Constitución garantiza que *“nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”*, por lo que ese artículo podría ser contrario a nuestra norma suprema. También se ha mostrado especialmente crítico sobre este instrumento Ricardo de Lorenzo, experto en derecho sanitario. A su juicio, vulnera el principio de proporcionalidad. Sostiene que *“la existencia de un registro de objetores no es, en modo alguno, un presupuesto necesario del ejercicio del derecho a la ayuda a morir que reconoce el texto normativo, ni de la manifestación de la objeción de conciencia del profesional, con independencia de que la objeción anticipada deba constar en un registro existente a efectos organizativos de la administración sanitaria”*⁴³. Según él, esta medida no es la más idónea para alcanzar las citadas pretensiones.

5. JURISPRUDENCIA.

5.1. TRIBUNALES ESPAÑOLES.

A pesar de que la materia que se está analizando en el presente trabajo lleva regulada muy poco tiempo en España, los tribunales se han pronunciado en diversas ocasiones y, recientemente, sobre asuntos de naturaleza similar o relacionada de forma muy directa.

Ejemplo de ello es la Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza 578/2016 de 19 de abril de 2016. En dicho asunto, procesan a Fermín, hijo de Emilia, por un delito de auxilio al suicidio tipificado en el artículo 143.3 del Código Penal, tras ayudar a su madre a quitarse la vida amarrando bolsas de basura a su cuello para producir la asfixia.

⁴³ DE LORENZO, Ricardo. *Eutanasia vs. Registro de profesionales objetores. Redacción médica. Marzo de 2021. Artículo de opinión.*

Emilia había manifestado reiteradamente que quería acabar con su vida debido a los padecimientos que tenía, y así se desprende también de la nota que escribe momentos antes de su fallecimiento al decir “por culpa de no estar legalizada la eutanasia en España, he tenido que hacérmela yo”.

A pesar de esto, el tribunal rechaza en su fundamento jurídico segundo, la aplicación del subtipo atenuado del artículo 143.4 del Código Penal, en relación con la eutanasia, porque la víctima no padecía una enfermedad grave que condujera irremediablemente a su muerte, por lo que deciden aplicar el mencionado artículo 143.3 CP e imponer finalmente a Fermín una pena de prisión de dos años⁴⁴.

Otro caso que causó gran conmoción en nuestro país fue la muerte de Ramón Sampedro en el año 1998. Tras quedarse tetraplégico inició un procedimiento judicial ante los tribunales de La Coruña solicitando morir con dignidad, en concreto, lo que pedía era que un médico le administrase las sustancias necesarias para poner fin a su vida. Tanto el Juzgado de Primera Instancia como la Audiencia Provincial de La Coruña desestimaron las mencionadas pretensiones, por lo que planteó un recurso de amparo frente al Tribunal Constitucional manifestando que se había vulnerado su dignidad y su derecho a la integridad física y moral. El recurso fue admitido a trámite, pero Ramón cometió suicidio el 12 de enero de 1998, tras lo cual, la heredera del finado se postuló en el procedimiento ante el Tribunal Constitucional, pero terminaron por archivar el asunto al considerar que no estaba legitimada (Auto 242/1998 de 11 de noviembre).

Como consecuencia de la muerte de Ramón Sampedro, se inició un procedimiento penal en el que se procesó a Ramona Maneiro, acusada de haber cometido un delito de eutanasia no ejecutiva. El procedimiento concluyó al no encontrar la Guardia Civil pruebas que incriminasen a la acusada. Ya en el año

⁴⁴ Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza 578/2016 de 19 de abril de 2016.

2005, Ramona confesó en un programa de televisión que ella había sido la persona que había asistido a Ramón en el suicidio⁴⁵.

La muerte de Ramón fue grabada en vídeo a petición de él mismo, ya que quería demostrar que se había suicidado de forma voluntaria y consciente al no haber podido obtener de la justicia el reconocimiento de su derecho a la eutanasia. Las imágenes fueron tan impactantes y causaron tal conmoción en la sociedad española, que dicha historia se plasmó en la película de Alejandro Amenábar, *Mar Adentro*.

5.2. TRIBUNALES EUROPEOS.

Los tribunales europeos se han pronunciado en numerosas ocasiones sobre las cuestiones relacionadas con el final de la vida y una muerte digna, manteniendo posiciones distintas que han oscilado entre interpretaciones que reconocen la eutanasia y otras que solo admiten el rechazo de algunos tratamientos médicos destinados a mitigar el sufrimiento del paciente.

El punto de partida de la doctrina del TEDH en relación con el final de la vida, tiene su origen en la Sentencia *Pretty vs. Reino Unido*, de 2002.

Una ciudadana británica, Diane Pretty, sufría una enfermedad neurodegenerativa, concretamente esclerosis múltiple amiotrófica (ELA). La enfermedad se encontraba en estado avanzado y la demandante estaba paralizada desde el cuello hasta los pies, aunque sus capacidades cognitivas no se encontraban afectadas. Al quedarla poco tiempo de vida, Diane quería elegir el momento y los medios para morir dignamente, sin llegar a padecer los terribles sufrimientos que provoca esta enfermedad. No obstante, no podía suicidarse sola, necesitaba ayuda de una tercera persona. Al estar el suicidio asistido prohibido por el derecho inglés, no quiso hacer partícipe a su marido, por lo que

⁴⁵ ARES, Sara. *El caso de Ramona Maneiro podría sentar jurisprudencia en España. El Diario de León. 2005.*

se lo solicitó al *Director of Public Prosecutions*, quien se negó. Diane Pretty demandó a Reino Unido por considerar que la legislación británica vulneraba el derecho a la vida, a la vida privada y la prohibición de recibir tratos degradantes.

El TEDH desestimó la demanda por varias razones. En primer lugar, rechazó una vulneración al derecho a la vida, ya que entendió que dicho derecho no comprende un contenido negativo, es decir, el derecho a morir o a disponer de la propia vida. En segundo lugar, la recurrente alegó que se vulneraba su derecho a la vida privada, recogido en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. A este respecto, el tribunal entendió que, si bien el derecho a morir puede llegar a estar amparado dentro del marco legal del citado artículo, se trata de una “restricción admisible”, ya que tiene el objetivo y el fin legítimo de preservar la vida. Por último, el tribunal tampoco apreció la existencia de los tratos degradantes e inhumanos que alegaba la demandante al considerar que Reino Unido tenía la obligación de evitar el sufrimiento de la paciente, puesto que solo existe una obligación de proporcionar el tratamiento idóneo para combatir la enfermedad.

La segunda sentencia que se debe mencionar es la de *Haas vs. Suiza*, de 2011. El ciudadano suizo, Ernest Haas, padecía un trastorno afectivo bipolar y había intentado suicidarse, sin éxito, dos veces. Para poner fin a su vida, de manera definitiva, Ernest solicitó a varios médicos psiquiatras la prescripción de una dosis letal de un compuesto farmacéutico, sin receta médica. Estos no accedieron a la petición de Ernest. Por ello, presentó un recurso ante la Corte Europea de Derecho Humanos, por entender que se vulneraba el artículo 8 del Convenio.

El TEDH puso de manifiesto que, a pesar de que en la legislación suiza el suicidio asistido estuviera despenalizado, no existía una opinión formada apoyada por la mayoría de los Estados miembros del Consejo de Europa sobre si un ciudadano tiene derecho a decidir cuándo y cómo debe terminar su vida.

Además, admitió que los Estados gozan de un margen suficiente para proporcionar mayor protección al derecho a la vida que al derecho a la autonomía.

La tercera solución que el TEDH aporta, aparece en la Sentencia *Gross vs. Suiza*, de 2013. Alda Gross, una mujer octogenaria, había expresado su deseo de morir en varias ocasiones, antes de sufrir un mayor deterioro y padecimientos físicos y mentales. Alda intentó suicidarse una vez y, al no conseguirlo, solicitó una dosis de pentobarbital sódico. Al negarse los médicos y psiquiatras que la trataron, recurrió ante el TEDH alegando la vulneración del artículo 8 del Convenio. El Tribunal consideró que existía una laguna en la legislación suiza, al no haber unas directrices sobre cuándo y cómo se podía acceder al suicidio asistido.

Finalmente, el TEDH esclareció su posición respecto al derecho a morir con dignidad en la Sentencia *Lambert vs. Francia*, de 2015.

Un ciudadano francés, Vincent Lambert, se había quedado en estado vegetativo al sufrir un accidente de moto en 2008. Desde entonces, había permanecido conectado a máquinas de alimentación e hidratación. Durante bastante tiempo, la esposa y hermanos de Vincent, habían pedido que fuera desconectado de dichas fuentes de nutrición. Sin embargo, los padres del chico se opusieron, amenazando con presentar una acusación por homicidio si los sistemas de alimentación artificial eran retirados.

El TEDH permitió que Lambert dejara de recibir el soporte vital. Alegó que, en este caso, debido a la naturaleza irreversible del daño y el pronóstico clínico del paciente, si continuaba conectado a las fuentes de alimentación artificial, se trataría de ensañamiento terapéutico⁴⁶.

⁴⁶ CAÑAMARES ARRIBAS, Santiago. *La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna*. *Revista española de Derecho Constitucional*, nº108. Septiembre-diciembre 2016. Páginas 341-346.

6. CONCLUSIONES.

Primera. En España, tanto la eutanasia como el suicidio asistido eran delitos que se encontraban tipificados en el Código Penal, a pesar de que la persona que solicitara ayuda para morir por padecer enormes sufrimientos, lo hiciera de manera libre, real y voluntaria. Tras largos debates sobre su legalización y numerosas proposiciones de ley en el Congreso de los Diputados, finalmente, en marzo de 2021, se consiguió aprobar la Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia. Según el Gobierno, esta nueva norma responde al reclamo de una gran parte de la sociedad española. De hecho, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) cifra en un 72,4% el porcentaje de la población que está a favor de la eutanasia. Sin embargo, sigue habiendo un sector de la ciudadanía, que según el CIS es un 15% de la población, que se manifiesta totalmente en desacuerdo con la práctica de la eutanasia⁴⁷.

Segunda. Como consecuencia de la controversia social, se mantiene el debate preexistente a la aprobación de la Ley, sobre si existe el derecho a disponer de la propia vida y si el Estado debe facilitar o no los medios a los ciudadanos para acabar con su vida. Los defensores de esta Ley argumentan que la eutanasia es un acto misericordioso que alivia el sufrimiento físico y psíquico de un enfermo, que le impide disfrutar de una vida feliz y digna. Por ello, creen que el Estado debe proporcionar toda la ayuda posible para morir de forma digna cuando se elija, ya que sólo uno mismo es quien puede decidir sobre ello. Por el contrario, los detractores consideran que la muerte forma parte inseparable de la vida y que es un proceso natural que no debe acelerarse, si bien es cierto que son grandes defensores de unos servicios de cuidados paliativos universales y de calidad. También sostienen que legalizar la eutanasia es reconocer el derecho a otro para que disponga de tu vida.

Tercera. Este debate tiene muchas aristas, entre ellas, el aspecto ideológico y moral, al colisionar entre sí varios derechos. Por un lado, el derecho más protegido e importante de todos, el derecho a la vida. Frente a él, se

⁴⁷ CIS, www.epdata.es

encuentran el derecho a la dignidad y el derecho a la autonomía de la voluntad y a la libertad individual.

Cuarta. Es necesario hacer mención a la situación existente en Europa. Algunos países, como Holanda o Bélgica, han sido pioneros en despenalizar y regular la eutanasia y han influido en los demás Estados a la hora de llevar a cabo el procedimiento para legalizar dicha práctica. Un ejemplo de ello es que la ley española, en términos generales, se asimila bastante a otras de entorno europeo, al ser tan garantista y restrictiva a su vez.

Quinta. Tras investigar y realizar este trabajo, parece claro que no existe el derecho a la muerte sino el derecho a una vida digna. Y puesto que la muerte forma parte del proceso de la vida, el derecho a una vida digna debe incluir el derecho a una buena muerte que alivie el sufrimiento y en condiciones de humanidad. A mi juicio, es un error identificar una buena muerte con una muerte digna, puesto que una persona no pierde su dignidad por el mero hecho de estar enferma y sufrir, sino todo lo contrario, le hace más humano, fuerte y valiente. Del mismo modo, ninguno de los dos conceptos puede asimilarse a la eutanasia. Existe una alternativa real que defiende buena parte de la sociedad y muy especialmente el colectivo de los profesionales sanitarios, que es el desarrollo de un sistema público de cuidados paliativos de carácter universal, integral y de calidad.

En segundo lugar, los derechos a la libertad individual y a la autonomía del paciente no justifican por sí mismos la eutanasia. Esos derechos consagrados en nuestra legislación sanitaria pueden desplegarse y hacerse efectivos a través de instrumentos jurídicos como el testamento vital, cuyo otorgamiento se debe impulsar y favorecer.

Por último, considero que no se puede hablar de libertad de elección mientras no exista una posibilidad real y efectiva de ejercerla por parte del paciente que se encuentra en un estado terminal. Una verdadera posibilidad de elección que está necesariamente vinculada a la existencia de los recursos y apoyos necesarios y suficientes, tanto para ayudar a vivir (recursos del sistema

de atención a la dependencia) como para ayudar a morir (una verdadera red pública de cuidados paliativos).

Hoy en día, las únicas alternativas que existen para un enfermo incurable son vivir con grandes padecimientos hasta el momento de su muerte con prestaciones o un sistema de apoyos muy insuficientes que no cubren sus necesidades vitales, o solicitar la ayuda para morir.

Hay múltiples experiencias que ponen voz a este planteamiento. Entre ellas, el caso de Jordi Sabaté Pons, un joven catalán de 37 años al que diagnosticaron esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en 2017, tras estar tres años de médicos en médicos recibiendo diagnósticos erróneos. Jordi es un apasionado de la vida y quiere luchar y disfrutar del tiempo que le queda porque *“nadie sabe lo que puede pasar mañana, quizá la vida te dé un regalo maravilloso”*, según contaba en una entrevista en el medio digital News ProPatiens.

El problema de los pacientes de ELA es que necesitan servicios de neurología, nutrición y fisioterapia entre otros, y las ayudas públicas vinculadas a la ley de dependencia son insuficientes para garantizar sus cuidados vitales las 24 horas del día. El coste medio para hacer frente a la enfermedad de la ELA es de 60.000 euros anuales, cantidad que el 96% de los enfermos no puede asumir. Si estos pacientes no tienen recursos económicos y humanos propios para afrontar la enfermedad, solo les queda la opción de morir. Como el mismo Jordi sostuvo en la entrevista *“ofrecer ayudas para morir y no tener ayudas para vivir me parece una atrocidad y un delito contra la vida. Si no tienes ayudas para vivir no estás eligiendo libremente morir, nos obligan a morir al no tener otra alternativa”*⁴⁸.

⁴⁸ FERNÁNDEZ, Almudena. Entrevista a Jordi Sabaté Pons, paciente con esclerosis lateral amiotrófica. Abril 2021. News ProPatiens.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- *ARES, Sara*. El caso de Ramona Maneiro podría sentar jurisprudencia en España. El Diario de León. 2005.
- *BARRAL VIÑALS, Inmaculada*. La dignidad en el momento de la muerte: la autodeterminación del paciente acerca del fin de la propia vida. El Cronista del Estado social y democrático de derecho, nº61-62. Páginas 58-67.
- *BATRES, Olalla. ORTEGA, Esther*. España ya es el sexto país del mundo con derecho a la eutanasia. Redacción médica. Marzo de 2021.
- *BATRES, Olalla*. Lo urgente no era la Ley de Eutanasia, sino una de Cuidados Paliativos. Redacción médica. Julio de 2021.
- *CAÑAMARES ARRIBAS, Santiago*. La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna. Revista española de Derecho Constitucional, nº108. Septiembre-diciembre 2016. Páginas 337-356.
- *COBO, Tomás*. Eutanasia, médicos y sociedad. Abril de 2021. Artículo de opinión del Diario Montañés.
- *COMITÉ DE ÉTICA DE LA SECPAL*. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa, volumen 9, nº1. 2002. Páginas 37-40.
- *CORREA CASANOVA, Mauricio*. La eutanasia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público. Veritas, volumen 1, nº15. 2006. Páginas 245-267.
- *DE LA TORRE DÍAZ, Javier*. La eutanasia, siete argumentos para pensar. El Cronista del Estado social y democrático de derecho, nº79. Páginas 22-27.
- *DE LORENZO, Ricardo*. Eutanasia vs. Registro de profesionales objetores. Redacción médica. Marzo de 2021. Artículo de opinión.
- *DÍAZ-AMADO, EDUARDO*. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. Dossier monográfico XIII Congreso Mundial IAB. Revista de Bioética y Derecho, nº40. Noviembre 2020.
- *DÍAZ LÓPEZ, Alicia*. La eutanasia. 2017

- *DÍEZ RIPOLLÉS, José Luis*. Eutanasia y Derecho. Anuario de filosofía del derecho XII. 1995. Páginas 83-114.
- *DÍEZ RODRIGUEZ, José Ramón*. El final de la vida en la normativa francesa. El Cronista del Estado social y democrático de derecho, nº79. Páginas 56-63.
- *ESQUIVEL JIMÉNEZ, Juan*. El derecho a una muerte digna: la eutanasia. 2003.
- *EUROPA PRESS*. SECPAL y AECPAL avisan de que dignidad al final de la vida es mucho más que el derecho a morir. Diciembre de 2021.
- *EZQUERRA, Julián*. Ayudar a bien morir. Atalaya sanitaria de redacción médica. Agosto de 2021. Artículo de opinión.
- *FERNÁNDEZ, Almudena*. Entrevista a Jordi Sabaté Pons, paciente con esclerosis lateral amiotrófica. Abril 2021. News ProPatiens.
- *GARAYALDE URQUÍA, Ana*. Muerte digna en Estados Unidos: análisis de la regulación del auxilio al suicidio a nivel estatal. 2017.
- *G. BREUER, Marcos*. Eutanasia en la obra de Francis Bacon. 2015.
- *GUERRA VAQUERO, Ana Ylenia*. La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo. El Cronista del Estado social y democrático de derecho, nº79. Páginas 52-55.
- *MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro*. El derecho a la eutanasia. Revista andaluza de Administración Pública, nº102. Septiembre-diciembre 2018. Páginas 97-133.
- *MATEOS, Adrián*. Ley de eutanasia: luz verde del Senado con registro de sanitarios objetores. Redacción médica. Marzo de 2021.
- *MIRET MAGDALENA, Enrique*. Eutanasia, filosofía y religión. Humanitas, humanidades médicas, volumen 1, nº1. Enero-marzo 2003.
- *ORTEGA, Esther*. *PUNZANO, David*. El médico no debe justificar su objeción de conciencia en la eutanasia. Redacción médica. Julio de 2021.
- *ORTEGA, Esther*. Bioética rechaza la ley de eutanasia y aboga por una alternativa médica. Redacción médica. Febrero de 2021.
- *PAREJO GUZMÁN, Mª José*. Problemática jurídica actual de la eutanasia en el ordenamiento jurídico español. Revista General de Derecho Penal, nº4. 2005.

- *REDACCIÓN MÉDICA*. La ley de eutanasia empeora el derecho medico a la objeción de conciencia. Entrevista a José Manuel Castro Beiras. Diciembre de 2020.
- *REY MARTÍNEZ, Fernando*. ¿El derecho a la vida es un derecho disponible por parte de su titular? *El Cronista del Estado social y democrático de derecho*, nº79. Páginas 28-35.
- *RIQUELME VÁZQUEZ, Pablo*. Suicidio asistido y libre desarrollo de la personalidad en la República Federal de Alemania. *Revista de Derecho Político*, nº109. Septiembre-diciembre 2020. Páginas 295-325.
- *RODRIGUEZ-VERGARA DÍAZ*. Testamento vital y dignidad ante el proceso de la muerte.
- *SAN MIGUEL, Marta*. *El Diario Montañés*. Marzo de 2021. Entrevista de Marta San Miguel al Obispo de Santander, Manuel Sánchez Monge.
- *TASSET, José Luis*. *Razones para una buena muerte (La Justificación Filosófica De La Eutanasia Dentro De La Tradición Utilitarista: De David Hume A Peter Singer)*. *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*. 2011. Páginas 173-179.
- *USI, Eva*. Hace 70 años comenzó el programa de eutanasia de Hitler. *DW.com*. 2009.
- *VEGA, J. ORTEGA, I*. La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia en Holanda.