



Universidad de Valladolid

Facultad de Derecho

Programa conjunto de Grado en Derecho y Grado en
Administración y Dirección de Empresas

Estudio sobre el conflicto entre el derecho a la libertad de
conciencia y el derecho a una muerte digna. Ejemplos de casos de
eutanasia.

Presentado por:

Israel Gutiérrez Llorente

Tutelado por:

Javier García Medina

Valladolid, 13 de julio de 2022

RESUMEN

El presente trabajo de fin de grado expone un estudio sobre el conflicto existente en torno al derecho a la libertad de conciencia y el derecho a una muerte digna, siendo la base sobre la que se sostiene este trabajo la evolución jurisprudencial sobre la eutanasia y ese “derecho a morir”; y el cambio en la conciencia de la sociedad, tomando como referencia el aspecto religioso. Se pretende entender el cambio provocado desde el inicial rechazo hacia la eutanasia, a su reciente legalización por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Finalmente, se explicarán las líneas sobre las que se desarrolla dicha Ley, relacionándolo con el derecho a la objeción de conciencia, y dando en último lugar varios ejemplos reales de personas relacionadas con la solicitud de la eutanasia en España.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, moral cristiana, despenalización, objeción de conciencia, muerte digna.

ABSTRACT

The present work of end of grade presents a study on the existing conflict around the right to freedom of conscience and the right to a dignified death, being the basis on which this work is sustained the jurisprudential evolution on euthanasia and that "right to die"; and the change in the conscience of society, taking as a reference the religious aspect. It is intended to understand the change caused from the initial rejection towards euthanasia, to its recent legalization by Organic Law 3/2021, of 24 March, regulating euthanasia. Finally, it will explain the lines on which this law is developed, relating it to the right to conscientious objection, and giving finally several real examples of people related to the request for euthanasia in Spain.

KEY WORDS

Euthanasia, Christian morality, decriminalization, conscientious objection, dignified death.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. LA EUTANASIA.....	8
2.1. Origen y definición.....	8
2.2. Distinción de figuras afines y tipos de eutanasia.....	8
3. LA MUERTE EN NUESTRA CULTURA.....	10
4. LA IGLESIA CATÓLICA.....	13
4.1. Desarrollo de la Doctrina Católica sobre la eutanasia.....	14
4.2. Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe.....	16
4.3. Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe.....	19
4.4. La Evangelium Vitae (EV).....	20
5. MARCO NORMATIVO TRAS LA REFORMA DE LA LEY ORGÁNICA REGULADORA DE LA EUTANASIA.....	22
6. COMPARACIÓN DE LA SITUACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA CON RESPECTO AL RESTO DE SISTEMAS LEGALES EUROPEOS.....	25
6.1. Holanda.....	25
6.2. Bélgica.....	26
6.3. Luxemburgo.....	27
6.4. Suiza.....	28
7. LA EUTANASIA COMO DERECHO FUNDAMENTAL.....	29
7.1. El inicial rechazo jurisprudencial a la eutanasia.....	29
7.2. El reconocimiento jurisprudencial de la Eutanasia como derecho fundamental en el derecho comparado.....	31
7.3. La eutanasia como derecho fundamental garantizado en la Constitución Española.....	37
8. RELACIÓN ENTRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA, EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA Y LA EUTANASIA.....	42
8.1. Concepto, requisitos y limitaciones de la objeción de conciencia.....	42
8.2. La objeción de conciencia en el derecho español.....	44
8.3. El derecho a la objeción de conciencia en la ley de la eutanasia.....	47
9. CASOS EN RELACIÓN CON LA EUTANASIA EN ESPAÑA.....	53
9.1. Caso Ramón Sampederro.....	54
9.2. Caso Inmaculada Echevarría.....	56

9.3. Primer caso de eutanasia en España: caso de Eskarne.....	57
10. CONCLUSIONES.....	58
11. BIBLIOGRAFÍA.....	60
12. WEBGRAFÍA.....	61
13. LEGISLACIÓN.....	61
14. JURISPRUDENCIA.....	62

ABREVIATURAS

CE: Constitución Española

LO: Ley Orgánica

LORE: Ley Orgánica reguladora de la eutanasia

CP: Código Penal

TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos

TC: Tribunal Constitucional

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

TS: Tribunal Supremo

TSJ: Tribunal Superior de Justicia

FJ: Fundamento Jurídico

EV: Evangelium Vitae

ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica

1. INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia ha supuesto un cambio radical tanto en nuestro país como en nuestro entorno, a consecuencia del fuerte impacto que ha tenido en la sociedad, provocando un choque directo en las convicciones y pensamientos sociales, y en la cultura que tan arraigada tenemos. Desde hace años, la sociedad demandaba un cambio de mentalidad, orientado a una nueva cultura de la muerte, de forma que se pudiera elegir en determinados casos, el momento en que una persona deseara morir. La controversia surgida por estos pensamientos ha sido motivo de discusión y de debate jurisdiccional y doctrinal. Pero a pesar de la entrada en vigor de dicha Ley, la controversia sigue aún en pie y sin perspectiva de acabar.

Lo que conlleva la aprobación de esta Ley, es la ruptura con la tradición del pensamiento cristiano, de la Iglesia Católica, tan enfocado en el aspecto de que Dios, es el único que puede elegir el momento de nuestra muerte, de nuestro fin de existencia, no dejando dicha posibilidad al libre albedrío del propio ser humano.

Con la eutanasia legalizada en España, se acentúa aún más en la práctica la controversia entre aquellas personas que están a favor y las que están en contra, es decir, estamos en ese eterno debate entre el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a una muerte digna, de forma que ahora, aquellos que por su profesión tienen que legalmente practicar la eutanasia, pueden negarse a hacerlo en base a su derecho de objeción de conciencia, lo que abre un nuevo frente basado en los requisitos que deben de concurrir para que se pueda ejercer la objeción de conciencia y los requisitos que deben de darse para que se pueda ejercitar el derecho a solicitar la eutanasia.

Entra también en juego el cambio de jurisprudencia de los tribunales, con los nuevos ámbitos de objeciones de conciencia. Por ello, es necesario tratar en este trabajo la evolución jurisprudencial que ha acontecido tanto en España como en el resto del mundo sobre la eutanasia y esa posibilidad de solicitar la ayuda a morir, de forma que podamos entender mejor cómo ha ido evolucionando la controversia entre estos dos derechos y cómo ha ido cambiando el pensamiento en los tribunales y en la sociedad.

Resulta también muy necesario hacer hincapié en este estudio sobre el marco jurídico en el cual se encuadra la Ley de la eutanasia, para poder entender cómo está regulada en España, y para poder hacer una comparativa con otros países próximos donde también está legalizada esta práctica.

Conociendo el fondo jurídico y la intención del legislador en la redacción de esta Ley, podemos entender el cambio de perspectiva ocurrido en España, un gran cambio que ha provocado en el año 2021 la legalización de la eutanasia, dejando de ser un delito penal recogido en el Código penal español, para pasar a ser un derecho.

2. LA EUTANASIA

2.1. Origen y concepto de Eutanasia

El origen del término “eutanasia” (ευθανασία) se encuentra en dos vocablos griegos:

- el primero de ellos, “eu” (“εὖ”). Se trata de un adjetivo cuyo significado es bueno/a.
- y el segundo de los vocablos, thánatos (“θάνατος”). El cual es un sustantivo y significa muerte.

Partiendo de esta explicación etimológica, se llega a deducir que el significado de la palabra eutanasia es la buena muerte. Sin embargo, a día de hoy, el significado más extendido y utilizado de eutanasia es el referido a la muerte sin sufrimiento. Además, se trata de un sustantivo muy polémico, por las connotaciones que tiene tanto desde el punto de vista jurídico, como ético, médico o incluso teleológico.

2.2. Distinción entre figuras afines y tipos de eutanasia

Resulta necesario para este trabajo, aclarar las diferencias existentes entre los distintos términos que se refieren a la muerte:

1. Distanasia: El prefijo “dis”, proviene del griego, siendo su significado el de “algo mal hecho”. Dentro de este término englobamos todas aquellas situaciones calificadas como “ensañamiento terapéutico”: entendiendo esto como el uso de una mala praxis sanitaria, con el único objetivo de alargar lo máximo posible la vida, creando así una situación de sufrimiento para un enfermo sin curación. En este aspecto, se habló de la eutanasia en concretos casos de algunas personalidades políticas, a las que se las sometió a este proceso de distanasia o de “ensañamiento terapéutico”¹.
2. Cacotanasia: el prefijo de origen griego “kakos” aporta el significado de “mala muerte” a este término. En este caso, nos referimos a los casos en los cuales se quita la vida a un enfermo contra su propia voluntad o sin saber cuál es su voluntad. Un

¹ Varios ejemplos muy conocidos fueron los de Franco, Truman o Bumedian.

ejemplo histórico de esto se produjo en la época de la Alemania nazi, como consecuencia de la llamada “Ley de higiene racial”, y bajo cuyo pretexto se mataron a personas tanto con deficiencias físicas como mentales y determinados grupos raciales. Otro ejemplo más reciente es el ocurrido en Viena, en el hospital Lainz, donde se llevaron a cabo dichas prácticas “cacotanásicas”, quitando la vida a ancianos que no habían solicitado la eutanasia.

3. Eutanasia: en este trabajo se va a utilizar este término como la acción de quitar positivamente la vida a una persona enferma, la cual solicita que se acabe con su vida.
4. Ortotanasia: el prefijo de origen griego “orthós” aporta el significado de “muerte correcta” a este término. En este caso, nos encontramos ante una situación intermedia entre la distanasia y la eutanasia. Se afirma de forma generalizada que, dentro de la Medicina, hay casos concretos en los cuales se debe interrumpir el tratamiento terapéutico al enfermo pero sin la aplicación directa de aquellos medios que quitan positivamente la vida al enfermo.

Tras esta breve explicación de los términos que se refieren a este debate, en concreto de la cercanía del enfermo a la muerte, para este trabajo me centraré en la eutanasia.

Se puede hablar de una distinción entre eutanasia activa y pasiva, y un ejemplo de esta diferenciación la encontramos en la moral católica con personajes como Báñez, Francisco de Vitoria o el Cardenal Lugo y Soto, al basarse en la diferencia entre los medios ordinarios y extraordinarios. Para el caso de la eutanasia activa, se busca quitar la vida por una acción positiva hacia el enfermo, mientras que, para el caso de la eutanasia pasiva, se busca asimismo quitar la vida, pero en este caso, mediante la omisión de una acción, por tratarse de un medio extraordinario que alarga la vida.

Asimismo, la teología moral, basándose en el principio de doble efecto, diferenció dentro de la eutanasia activa dos tipos:

- la directa, para aquellos casos en los cuales se utiliza una acción que solamente sirve para quitar la vida al enfermo (un ejemplo es una sobredosis de morfina).
- la indirecta. Para aquellos casos en los cuales se administra al enfermo ciertos medicamentos o calmantes, con los que reducir su dolor, pero que pueden al mismo

tiempo recudir su vida (ejemplo de derivados de la morfina, que en dosis no letales pueden provocar fallos pulmonares y acortar la vida en días).

Después de esta explicación, se puede afirmar que dentro de la eutanasia activa directa estaría la eutanasia en sentido estricto y la cacotanasia, mientras que la eutanasia pasiva entraría dentro de la ortotanasia, y sería opuesta a la distanasia. En último lugar, la eutanasia activa indirecta estaría dentro de la ortotanasia. Si bien es cierto, se ha de hacer una aclaración, respecto a la no administración de las terapias ordinarias, ya que, aunque no se está realizando un acto positivo para quitar la vida del enfermo, tampoco se le incluye en la eutanasia pasiva, puesto que este término se da en la no aplicación de los medios extraordinarios.

Con todo esto, se consigue aclarar en cierto modo las situaciones que surgen y a las cuales se las puede aplicar el término genérico e impreciso de eutanasia.

3. LA MUERTE EN NUESTRA CULTURA

Para poder abordar el tema de la eutanasia, y el cambio provocado en su regulación, pasando de ilícito penal a derecho recogido en Ley Orgánica, se debe explicar el ámbito de la concepción antropológica de la muerte en nuestra cultura, es decir, en la cultura occidental. Explicar en cierto modo la concepción que había sobre la muerte para que la eutanasia fuera considerada un delito, y como poco a poco se fue cambiando esa visión. En primer término, se afirma que la forma en que una sociedad afronta la muerte muestra un rasgo muy significativo del tipo de cultura que tiene dicha sociedad. Es por ello, por lo que, desde mediados del siglo XX, varios autores se preocuparon por este tema: Elisabeth Kübler-Ross (por su estudio directo de la situación de los enfermos terminales) y Philippe Ariès (por sus estudios de la muerte en la cultura occidental desde una perspectiva histórica). Por tanto, resulta necesario exponer las principales conclusiones y líneas de argumentación de dichos autores:

1. Dentro de la cultura occidental, destaca el rasgo de la escasa asunción del hecho de la muerte. Para Ariès, la sociedad occidental vive en una época histórica que define como “la muerte invertida”, entendiendo esto como el hecho de que sobre la muerte pesa un gran tabú de la sociedad. Para él, dentro de la cultura occidental, se ha perdido

el arte para saber morir que estaba presente en la Edad Media, “ars moriendi”, y que debe ser introducido en nuestra sociedad y cultura.

2. Para Ariès, el hecho de que sobre la muerte pese un gran tabú, tiene consecuencias negativas, ya que se está en cierto modo evitando algo tan natural como es la muerte, un hecho que se innegable al ser humano. Pero lo que se estaba provocando durante todo el periodo de tiempo en el cual estaba imperando esta visión, era la negativa a prestar ayuda a morir al enfermo terminal. Esto es consecuencia de que la práctica generalizada que se llevaba a cabo en el ámbito sanitario era el hecho de que se ocultase la situación crítica del enfermo terminal a través de un entramado de informaciones inexactas o mentiras, de forma que no era consciente de su situación terminal.
3. Relacionado con el punto anterior, destaca el hecho de la comunicación de la verdad al enfermo. Si bien es cierto, se empezó a cuestionar esa práctica generalizada de no informar al paciente. Con la difusión de las *Cartas de los Derechos de los Enfermos*, se creó una mentalidad basada en el derecho que tienen los enfermos a ser informados. Sin embargo, se deben admitir dos excepciones de forma que no se absolutiza este derecho. La primera excepción radica en el hecho de que el paciente no quiera ser informado y la segunda, el llamado “*privilegio terapéutico*” (si se considera que la información que recibe el paciente le va a causar daño). Pero como se ha dicho, esto tiene carácter excepcional, y lo que prima como normal general es el derecho a la información del paciente. Para todos aquellos casos en los cuales el personal sanitario se reserve la información y no se la proporcione al paciente, tienen la carga de la prueba, de forma que deberán exponer los argumentos a sus superiores por los cuales justifican esa retención de información.
4. El siguiente de los aspectos, es la manera en cómo se debe informar al paciente, ya que pueden surgir varios problemas con este tema. Existen unas pautas de cómo se debe efectuar esto, siendo el propio enfermo el protagonista dentro de este proceso y el que pueda elegir a la persona con la que se comunique. Además, toda esta información se debe darse de una manera dosificada. En este ámbito, es donde Kübler-Ross, Ariès y otro nuevo autor, Sporken, coinciden en que es necesario que vuelva a cobrar importancia en la cultura occidental la figura medieval del “ars

moriendi”, y en especial la del “nuntius mortis” (mensajero de la muerte). Como ya se ha dicho, se precisa que la comunicación de la información al enfermo terminal se haga de una manera dosificada y manteniendo una esperanza, sin que constituya engaño, como consecuencia del carácter no exacto de los pronósticos médicos. Por su parte, Sporken defiende que tiene más importancia el hecho de acompañar al enfermo terminal, que la propia información. Sin embargo, este acompañamiento se tiene que dar junto a la posibilidad de informar sobre la verdad.

5. Dentro de la obra de Kübler-Ross, se debe resaltar un aspecto clásico e importante, como son las fases por las cuales pasa un enfermo terminal. Este autor parte desde el contexto de EEUU, ya que fue de los primeros países donde se generalizó el hecho de informar al paciente con la verdad. Es aquí, donde diferencia cinco fases:
 1. Negación: en un primer momento, el paciente rechaza la información que le ha dado el personal sanitario.
 2. Agresividad: el paciente se cuestiona sobre el hecho de que justamente sea él mismo el que tiene la enfermedad, volcando esa agresividad sobre las personas más cercanas en muchas ocasiones.
 3. Negociación: se termina por aceptar la proximidad de su vida a la muerte, “negociando” con Dios para intentar salir de esa situación.
 4. Depresión: el enfermo terminal pierde todo el interés por la vida.
 5. Aceptación: es una fase donde no todos los pacientes llegan. Según Kübler-Ross, el paciente podría llegar aquí con la ayuda necesaria, de forma que termine por aceptar su situación y dar sentido al final de su vida.

Desde el punto de vista europeo, donde no existe esa tendencia generalizada de informar al paciente, el autor Sporken antepone cuatro fases distintas a las descritas por Kübler-Ross en su obra. Dichas fases son: fases de ignorancia, inseguridad, negación implícita, información de la verdad.

Si bien es cierto, Sporken aclara que, dentro de estas cuatro fases, lo que predomina es el estado de ánimo del paciente, de forma que no deben entenderse como comportamientos estancos.

6. Para los tres autores citados, una de las conclusiones a las que llegan, es el hecho de que la inmensa mayoría de las personas cercanas al enfermo terminal carecen de ese

ars moriendi, de forma que realmente no saben prestar la ayuda necesaria al enfermo. A su vez, estos autores también sostienen que esta falta también se produce de forma generalizada entre el personal sanitario, amigos y familiares, de forma que para solucionar esto, defienden que debería de proporcionarse una ayuda específica en estos casos.

7. Por último, todo lo explicado, lleva a la conclusión de que, para estos autores, nuestra cultura, la cultura occidental, tiene que cambiar su opinión y su actitud frente a la muerte, debiendo ser asumida con mayor naturalidad, eliminando ese tabú, y siendo conscientes de que es un hecho inherente a todo ser humano. Por tanto, para ellos, resulta necesario una educación tanatológica, de forma que se empiece desde las escuelas y desde el ámbito familiar, y estar principalmente enfocada a todas aquellas personas en cuya profesión laboral tengan un contacto más cercano y real con la muerte.

4. LA IGLESIA CATÓLICA

Dentro de este trabajo, también se tiene que abordar la postura oficial de la Iglesia Católica, para entender todo el paradigma que rodea a la eutanasia y ese cambio provocado en la regulación pasando de ilícito penal a un derecho. Dentro de nuestra cultura occidental, la Iglesia Católica ha tenido y tiene un peso importante, por ello, resulta necesario comprender cuál es su postura, y con ello entender por qué en la sociedad se ha tenido esa visión sobre la eutanasia.

Desde una visión global, la postura de la Iglesia Católica se puede equiparar a la de las otras grandes religiones del mundo, es decir, otras Iglesias cristianas, islamismo, budismo, hinduismo. Si bien es cierto, hay casos aislados dentro de algunas confesiones cristianas, donde se aceptan reducidos casos de eutanasia, pero en un sentido estricto.

Sin embargo, donde nos centraremos en este apartado, es en la postura de la Iglesia Católica y su parecer sobre la eutanasia.

4.1. Desarrollo de la doctrina católica sobre la eutanasia

Desde los orígenes del cristianismo, se ha considerado que la eutanasia es un hecho completamente irreconciliable y opuesto con la moral que nace del mensaje de Jesús. Sin embargo, dentro de la Biblia, la eutanasia era desconocida. Por ello, no es hasta que el cristianismo comienza a difundirse y a expandirse por el mundo grecorromano, cuando la eutanasia se da a conocer entre los cristianos, ya que entre los grecorromanos existía la corriente del pensamiento estoico, que sí que admitía dicha práctica de la eutanasia.

Es por la concepción cristiana de Dios, como el creador de la vida y de la muerte, por la que la Iglesia Católica se opone a la realidad eutanásica practicada por la cultura grecorromana. Destaca la figura de Lactancio, como uno de los primeros escritores de pensamiento cristiano, el cual afirmaba que lo que hoy nosotros llamamos enfermos terminales eran para los hombres personas inútiles, pero útiles para Dios, conservándoles la vida, que les da el espíritu y les concede la luz.

Destaca la figura de Tomás Moro, un santo canonizado de la Iglesia Católica, como uno de los primeros personajes católicos que introducen en nuestra cultura occidental el debate de la eutanasia. Si bien es cierto, las ideas que defiende no surten apenas efecto en el pensamiento cristiano posterior. Durante la época del renacimiento, nos encontramos a Francis Bacon, el cual empieza a dar a la eutanasia el significado actual (acelerar el proceso de muerte de un enfermo) y no el etimológico que se estaba usando hasta entonces.

Es a partir de los siglos XVI-XVII cuando verdaderamente la teología moral cristiana comienza a hablar del término eutanasia distinguiendo entre medios ordinarios y medios extraordinarios, a los cuales hemos hecho alusión en el apartado anterior. Por ejemplo, nos encontramos con la figura del papa Pío XII, el cual hablaba de la eutanasia en varios de sus textos:

1. “No basta con que el corazón sea bueno, sensible, generoso; debe ser también sabio y fuerte... Una de estas falsas piedades es la que pretende justificar la eutanasia y sustraer al hombre del sufrimiento purificador y meritorio, no por medio de un alivio laudable y caritativo, sino con la muerte, como se hace con un animal sin razón y sin

inmortalidad”. Este texto significa un rechazo general de la eutanasia entendida como “muerte piadosa”, de la “eutanasia activa directa”².

2. “Si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal alguno directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas... y, si por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita”³. Por tanto, nos encontramos con que Pío XII acepta la llamada eutanasia activa indirecta, cuya base fundamenta en el principio de doble efecto, es decir, la posibilidad de dar al enfermo terminal aquellos calmantes que también puedan acelerar su muerte de una manera indirecta.

3. En el año 1957, Pío XII responde a través de un discurso a las siguientes preguntas⁴: “¿Se tiene el derecho o hasta la obligación de utilizar los aparatos modernos de respiración artificial en todos los casos, aun en aquellos que, a juicio del médico, se consideran como completamente desesperados...? ¿Se tiene el derecho o la obligación de retirar el aparato respiratorio cuando, después de varios días, el estado de inconsciencia profunda no se mejora, mientras que si se prescinde de él la circulación se detendrá en algunos minutos?”. Pío XII defendía la existencia de la obligación de conservar la vida y la salud, “pero esto no obliga habitualmente más que al empleo de los medios ordinarios (según las circunstancias de personas, de lugares, de época, de cultura), es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro”. Destaca la importancia de este texto puesto que en él se puede encontrar un reconocimiento de la autonomía del enfermo a la hora de tomar las decisiones ante este tipo de situaciones terminales por las que está pasando: “En general, no se puede obrar más que si el paciente lo autoriza explícita o implícitamente”. La conclusión a la que llega el Papa es la siguiente: “Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le pueda imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y este último puede lícitamente

² GAFO, J., “Bioética Teológica”, Universidad Pontificia de Comillas, Desclée de Brouwer, Madrid, 2003, pp.266.

³ GAFO, op. cit. p.266

⁴ GAFO, op. cit. p.266-267

acceder a ello”. Para Pío XII, se trata por tanto de un legítimo uso del principio de doble efecto y del llamado “*voluntarium in causa*”. En conclusión, nos encontraríamos ante la ortotanasia o eutanasia pasiva, en la terminología clásica eclesial.

4. Destaca otro texto, no del propio Pío XII, sino de su época, en relación a la eutanasia nazi, publicado por el Santo Oficio: “No es lícito matar directamente, por orden de la autoridad pública, a aquellos que, sin haber cometido delito alguno que merezca la muerte, por el hecho de que no estén en condiciones, a causa de sus deficiencias físicas o psíquicas, de no ser útiles a la nación, son considerados más bien como carga y obstáculo para su progreso y desarrollo”⁵. Es en este texto donde podemos apreciar una verdadera alusión al concepto nazi de “vidas sin valor vital” (*lebensunwertes leben*) y una afirmación sobre la legitimidad de la pena de muerte.
5. En último término, debemos hacer referencia al pasaje del Vaticano II en el cual se habla de la eutanasia, del aborto y del suicidio. Destacan las duras críticas contra estos términos defendiendo que estos homicidios son en sí mismos infamantes, de forma que degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarios al honor dejado por el Creador.

4.2. **Declaración de la Congregación para la doctrina de la fe**

La Congregación para la Doctrina de la Fe publicaba en la Declaración sobre la Eutanasia una de las más importantes tomas de postura de la Iglesia Católica sobre el tema de la eutanasia. Dicha declaración tuvo lugar el día 5 de mayo de 1980, siendo sus puntos más importantes los que a continuación exponemos:

1. En primer lugar, hace una completa condena a la eutanasia, en el sentido de la palabra explicado anteriormente: “Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente...sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable”. No aceptan la eutanasia “con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables, la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años, que podría imponer

⁵ GAFO, op. cit. p.267

cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad... Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo”.⁶

2. En segundo lugar, remarca y exalta el valor cristiano del dolor y el hecho de que el cristiano pueda asumirlo de forma voluntaria. A su vez, añade: “No sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor”⁷. En conclusión, se reafirma esa doctrina clásica eclesial que vimos, cuyo principio básico era la legitimidad del uso de calmantes que pudieran provocar un acortamiento indirecto de la vida del paciente.
3. En tercer lugar, la Declaración hace una condena al llamado encarnizamiento terapéutico: “Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo”⁸.
4. En cuarto lugar, se acepta el “derecho a morir”, pero desde el punto de vista de entenderlo como “el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana”. Además, hace una declaración, defendiendo que este derecho a morir “no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera”.⁹
5. En quinto lugar, la Declaración se aparta de la distinción hasta ese momento usada de medios ordinarios/extraordinarios, usando ahora la terminología de medios proporcionados/desproporcionados. La explicación que da para este cambio es por la imprecisión del término (ordinario) como por los rápidos progresos de la terapia. Además, explica los aspectos a tener en cuenta para ver el carácter proporcionado o no de un determinado medio terapéutico: “el tipo de terapia, el grado de dificultad y riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el

⁶ GAFO, op. cit. p.268

⁷ GAFO, op. cit. p.268

⁸ GAFO, op. cit. p.268

⁹ GAFO, op. cit. p.268

resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”¹⁰. El aspecto central de este cambio no es tanto el terminológico, sino el hecho de incorporar y tener en cuenta en estos nuevos términos, el conjunto de circunstancias que están presentes en el enfermo y en su proceso hacia la muerte.

6. En sexto lugar, y como consecuencia del punto anterior, se acepta la ortotanasia: “Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (desproporcionados), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos”. La respuesta que dan para quiénes son los que deben decidir en estos casos es que en primer lugar se debe citar al propio enfermo y a sus familiares, y en segundo lugar, al médico. Según la Declaración, es el médico el que tiene la capacidad para ponderar “si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de las mismas”¹¹.
7. En séptimo lugar, como ya hemos dicho, se sigue afirmando con rotundidad la legitimidad del dejar morir en paz: “Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer”. Además, afirman que el hecho de no recurrir a una terapia arriesgada o costosa no se puede asemejar al suicidio. “Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito, en conciencia, tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares”¹².
8. En octavo y último lugar, destaca un aspecto que la Declaración no explica con mucha claridad, pero que es necesario mencionar. Se trata del significado de la petición de eutanasia por parte del enfermo terminal. La Declaración sostiene que: “las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y

¹⁰ GAFO, op. cit. p.269

¹¹ GAFO, op. cit. p.269

¹² GAFO, op. cit. p.269

sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros”¹³.

4.3. Comisión Episcopal española para la doctrina de la fe

El 15 de abril de 1986 se publicó por esta Comisión una *Nota sobre la Eutanasia*. Se trata de un texto que tiene relación con el anterior, pero del que también es necesario exponer cuáles son sus puntos de vista más importantes:

1. En primer lugar, se hace referencia a la ambigüedad de la solicitud de la eutanasia que pueda pedir el paciente, y en especial, a la dificultad que radica en el hombre y en la cultura de esas décadas por asumir la muerte y la ayuda a morir. Esta Comisión recoge la idea de la dificultad de asumir la muerte, siendo un tema tabú, ocultado por nuestra sociedad. Se crea una angustia en el hombre, de tal forma que resulta muy difícil establecer una relación con el enfermo grave, es decir, no sabemos acercarnos a él, ni proporcionarle el apoyo que necesita, y mucho menos tratar de explicarle su situación.
2. Se habla sobre la deshumanización de las grandes instituciones hospitalarias, a la dificultad en la que se encuentra el personal sanitario a la hora de acompañar humanamente al paciente en su enfermedad terminal. Es por esta razón, por la cual se critica la ausencia de información al paciente, pero, sobre todo, las mentiras que se divulgan a su alrededor y por las cuales se bloquea la comunicación. Se considera necesario el poder reintroducir la muerte en los esquemas mentales de la sociedad, dejando de ser así un tema tabú, y que no se repriman los sentimientos de bloqueo y angustia en nuestras relaciones con las personas próximas al final de su vida.
3. La *Nota sobre la Eutanasia* destaca el aspecto cristiano y creyente a la hora de hablar sobre la eutanasia, resaltando la palabra de Jesús, por la cual la vida biológica y temporal del hombre no es el valor absoluto y supremo, a pesar de ser un valor fundamental. El creyente tiene que asumir la muerte como lo hizo Jesús, siguiendo el modelo cristiano. Por tanto, destacamos como esta *Nota* no afirma el valor

¹³ GAFO, op. cit. p.270

absoluto de la vida en base a las palabras de Jesús, diciendo que el único valor absoluto para Jesús es la causa del Reino de Dios.

4. Más tarde, el Episcopado español hizo público un *Testamento Vital* a través de la *Comisión Episcopal de Pastoral Sanitaria*. Dicho *Testamento*, expresa todas aquellas actitudes del creyendo que tienen que ver con su propia muerte. No se acepta la eutanasia, aunque se defiende que no se mantenga a un enfermo en vida con medios que resulten desproporcionados o extraordinarios, de forma que no se prologue su vida de forma irracional ni abusiva.
5. Finalmente, respecto a la *Declaración de la Comisión Permanente* de la Conferencia Episcopal Española del 19 de febrero de 1998, decir que rechaza con gran dureza todas aquellas actitudes favorables a la eutanasia consecuencia del individualismo que radica en ellas. Esta línea de argumentación fue dirigida directamente al debate que se originó en España como consecuencia del caso de Ramón Sampedro.

4.4. La Evangelium Vitae (EV)

Juan Pablo II afirma con un tono de gran fuerza y solemnidad que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios porque se trata de una eliminación de una persona humana hecha de forma deliberada y moralmente inaceptable; haciendo de esta forma alusión a la misma línea que defendían el Magisterio de sus predecesores y los Obispos de la Iglesia Católica. Todo esto hace referencia a una doctrina basada en la ley natural y en la propia Palabra de Dios escrita, la cual ha sido transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada al resto por el Magisterio ordinario y universal.

Del mismo modo Juan Pablo II afirma que dentro del contexto y del mundo de la eutanasia hay un reflejo del oscurecimiento de las conciencias, lo cual es fuertemente denunciado en el propio *Evangelium Vitae*. En este aspecto, se ha creado un contexto social dentro del cual la persona no sabe hacer frente al sufrimiento, de forma que se anticipe la muerte en un momento oportuno. Para él, se ha producido un crecimiento de los casos de eutanasia abierta y subrepticia, practicada de forma abierta y en algunos de los casos, de forma ilegal; y todo

ello justificado por razones de presunta piedad o razones de utilidad, para ahorrar gastos a la sociedad.

Siguiendo la línea defendida por la Declaración sobre la Eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe, el *Evangelium Vitae*, se opone a la práctica del enseñamiento terapéutico, reafirmando la idea de legitimación para no recurrir a aquellas terapias extraordinarias o desproporcionadas que provoquen el alargamiento de la vida del paciente, pero a cambio de grandes sufrimientos y de escasas probabilidades de recuperación de la salud. Por tanto, afirma la distinción existente entre la eutanasia y el enseñamiento terapéutico. A su vez, defiende que no resultan obligatorias aquellas prácticas médicas que por la situación en la cual se encuentra el paciente, ya no resultan adecuadas, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían obtener, y por ser muy gravosas tanto para el paciente como para su familia. Es por ello que si se prevé una inevitable muerte en el enfermo, se puede renunciar por su parte a estos tratamientos, que simplemente traerían una prolongación precaria de su vida.

Se vuelve a repetir la idea expresada por la doctrina católica de que la administración de calmantes resulta legítima para suavizar los dolores del enfermo, destacando el valor y la importancia de los cuidados paliativos en el tramo final de la vida del enfermo.

Respecto al suicidio asistido, éste es condenado cuando es solicitado por el propio paciente, ya que se estaría yendo en contra de los principios fundamentales de que no es posible disponer de la propia vida ni de la tutela de una vida inocente. Defiende la idea de que admitir legalmente la eutanasia disminuiría el respeto por la vida y abriría la desconfianza en las relaciones sociales.

Siguiendo las argumentaciones, la eutanasia constituye uno de los síntomas más preocupantes de la cultura de la muerte, que se desarrolla y crece en las sociedades de bienestar de mentalidad científicista, donde el número creciente de ancianos se ve como un aspecto gravoso e insoportable para la sociedad.

En último lugar, Juan Pablo II afirma que el rechazo a los ancianos es intolerable, de forma que defiende la existencia de un pacto entre las generaciones, por el cual, los hijos cuiden a sus ancianos padres de la misma forma que los padres lo hicieron con sus hijos cuando éstos eran niños.

5. MARCO NORMATIVO TRAS LA REFORMA DE LA LEY ORGÁNICA REGULADORA DE LA EUTANASIA

La Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia trae consigo la despenalización de la eutanasia activa, directa y voluntaria. Con su Disposición final Primera, se reforma la Ley Orgánica 10/1995, 23 de noviembre, del Código penal. Dicha reforma se basó en la modificación del apartado 4º del artículo 143 y en la creación legislativo de un nuevo apartado 5º. Con la entrada en vigor de la nueva Ley Orgánica reguladora de la eutanasia, se creó el siguiente marco normativo, el vigente en la actualidad:

-Art.143.4 CP: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante 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”.¹⁴

-Art.143.5 CP: “No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”.¹⁵

A pesar de la modificación, el legislador ha seguido manteniendo el tipo atenuado para cualquier persona, que de forma directa y activa cause o coopere en la muerte de una persona que se halle en una situación eutanásica. Por ello, se mantiene la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3 art.143. Concretamente, la pena de aplicación oscila entre seis meses y dos años de prisión si concurre cooperación necesaria al suicidio; y de entre un año a seis años de prisión, si por el contrario, concurre cooperación ejecutiva del suicidio. No debemos olvidar que estos apartados 2 y 3 del art.143 se dedican a la regulación de la cooperación necesaria al suicidio y la cooperación ejecutiva al suicidio, respectivamente.

Con respecto al sujeto activo, el art.143.4 CP al decir “el que causare o cooperare activamente...” se refiere a toda persona, a cualquier sujeto que cumpla lo que recoge el citado artículo. No se refiere únicamente a profesionales sanitarios, sino que va dirigido a cualquier persona. Este precepto, tipifica el tipo de eutanasia activa directa con la fórmula de

¹⁴ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 143.4

¹⁵ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 143.5.

“...causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos...”. Es por ello, que con esta tipificación, quedan fuera del tipo penal tanto la eutanasia activa indirecta como la eutanasia pasiva. A su vez, tampoco entra la cooperación no necesaria al suicidio eutanásico.

Respecto al sujeto pasivo, la redacción del precepto plasma dos vertientes de situaciones eutanásicas para que se pueda aplicar la pena atenuada al sujeto activo. La primera de ellas es para una persona que esté sufriendo un padecimiento grave, crónico e imposibilitante; y la segunda, que ese sujeto pasivo sufra una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables. Estas dos situaciones en las que se puede encontrar el sujeto pasivo son alternativas y no cumulativas, es decir, no hace falta que concurren estas dos situaciones eutanásicas para poder aplicar la pena atenuada, basta con que realmente se de una de ellas solo.

Otra de las novedades es que la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia recoge en su artículo 3.b) el significado de padecimiento grave, crónico, e imposibilitante; y en su artículo 3.c), lo que se debe entender por enfermedad grave e incurable. Gracias a estas definiciones, se consigue aclarar muchas situaciones, de forma que atendiendo al significado que nos proporciona este artículo, se puede observar si se cumple con los requisitos para poder considerar al sujeto pasivo en una de estas situaciones. Con respecto al padecimiento grave, crónico, e imposibilitante, el art.3.b) LO 3/2021 dice que es la “situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.¹⁶ En referencia al término de enfermedad grave e incurable, el art.3.c) LO 3/2021 dice que es “la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.¹⁷

Para poder aplicar el nuevo artículo 143.4 CP, es necesario la concurrencia de dos requisitos: el primero de ellos, es el referente a las situaciones en las cuales se tiene que encontrar el sujeto pasivo que acabamos de explicar; y el segundo de ellos, es lo referente a la voluntad

¹⁶ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Artículo 3.b)

¹⁷ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Artículo 3.c)

propia del sujeto pasivo, la cual se tiene que basar, según dice el propio art.143.4 CP, en la petición expresa, seria e inequívoca.

Con respecto al nuevo art.143.5 CP, decir en primer lugar, que es donde el legislador español recoge por primera vez la despenalización de la eutanasia activa directa y voluntaria. Realmente, la despenalización de la eutanasia activa directa se da en aquellos casos en los que la prestación de la ayuda a morir al sujeto pasivo se ejercita por profesionales sanitarios. Esto es así, ya que, con la nueva normativa, esta ayuda a morir se lleva a cabo siempre por los profesionales sanitarios.

Por ello, nos encontramos ante una despenalización parcial de la eutanasia activa, directa y voluntaria, ya que únicamente afecta a las conductas de los profesionales sanitarios, siempre y cuando se cumplan los presupuestos recogidos en la ley. Por tanto, respecto a las conductas llevadas a cabo por otros sujetos distintos de los profesionales sanitarios, como el caso de familiares o amigos del sujeto pasivo, y que causen la muerte de este sujeto pasivo, no entran dentro de esta despenalización, incurriendo en responsabilidad penal, siendo de aplicación lo dispuesto en el tipo atenuado del art.143.4 CP.

Para que la despenalización de la eutanasia activa directa tenga lugar, es necesario que concurra todo lo recogido en la Ley Orgánica 3/2021, al igual que los presupuestos para que no sea de aplicación el tipo atenuado del art.143.4 CP. En primer lugar, un profesional sanitario es el que tiene que llevar a cabo la conducta activa directa. Y en segundo lugar, se tiene que cumplir todo lo recogido en dicha LORE: que la muerte al sujeto pasivo se produzca a través de una acción de eutanasia activa directa; que haya una situación eutanásica, es decir, que el sujeto pasivo sufra un padecimiento grave, crónico e incapacitante o que padezca una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables; que exista por parte del sujeto pasivo una petición expresa, seria e inequívoca; que el sujeto pasivo sea mayor de edad y con plena capacidad de obrar y decidir; y en último lugar, que se cumplan todos los trámites y los procedimientos recogidos en la LO 3/2021.

6. COMPARACIÓN DE LA SITUACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA CON RESPECTO AL RESTO DE SISTEMAS LEGALES EUROPEOS

Actualmente, España es el último país europeo de los que ha legalizado la eutanasia en sus ordenamientos jurídicos. El pionero en este ámbito fue Holanda, seguido de Bélgica y Luxemburgo. Destaca el caso de Suiza que, aunque castiga la eutanasia activa directa, sí que permite el suicidio asistido.

6.1. Holanda

Es el primer país en el mundo en regular la eutanasia y el suicidio asistido. Es en el año 1973 cuando la jurisprudencia holandesa empieza a regular cláusulas que escapan a la aplicación del art.293 del Código Penal holandés respecto al castigo de la práctica de la eutanasia. Esto se produjo como consecuencia de varios acontecimientos con una gran repercusión entre la sociedad, cuando se practicaron casos de eutanasia fuera de los límites legales, y por los cuales, los jueces holandeses dictaminaron la impunidad de la eutanasia cuando concurrían una serie de condiciones de forma simultánea: el padecimiento “insostenible” de un dolor físico o psíquico, la reiteración y continuidad del sufrimiento y del deseo de morir por parte del paciente, la manifestación de querer morir tomada por voluntad propia del paciente y con autoconsciencia de su voluntad y en pleno uso de facultades, y en último lugar, la ausencia de posibilidad de mejorar la situación que sufre el paciente.

Para aquellas situaciones en las cuales sea difícil determinar si se dan estos requisitos, los tribunales holandeses establecían dos condiciones a mayores: la primera de ellas era que la decisión de socorrer tenía que tomarse por más de una persona, y la segunda, que un médico tenía que estar obligatoriamente metido en la toma de decisión, siendo esta decisión tomada dentro de un proceso detallado y cuidadoso.

Fue en el año 1993 cuando la ley holandesa dispuso que no se tenía que castigar a los médicos que practicaran la eutanasia y el suicidio asistido para aquellos casos en los cuales el paciente estuviera inmerso en un sufrimiento que no pudiera soportar, que solicitara de forma reiterada su deseo por morir (siempre y cuando estuviera en plenas facultades de obrar y

decidir), y que se informara a la familia del paciente, y del fallecimiento a las autoridades competentes.

La ley de la eutanasia en Holanda entró en vigor el 1 de abril de 2002, estableciendo en su artículo 2 los requisitos necesarios para poder llevar a cabo la eutanasia en un paciente. Dichos requisitos son: que la persona que solicita la eutanasia y a la cual se le va a practicar, tiene que ser residente en Holanda; que el médico tiene que estar seguro de que la solicitud del paciente se ha realizado de una forma meditada, voluntaria, libre y expresando sus deseos de morir (si bien es cierto, en Holanda, dicha voluntad se puede manifestar a través de un documento de voluntades anticipadas); que el médico certifique que el paciente sufre un dolor insoportable sin esperanzas de mejora en el futuro; que el paciente tenga toda la información relativa a su enfermedad y las posibles soluciones respecto a las curas o tratamientos existentes; la consulta por parte del médico a otro facultativo, de forma que éste último corrobore los requisitos anteriores (aclaración: en los supuestos en que el paciente sufra un padecimiento psicológico y no físico, la consulta tiene que realizarse por parte de dos facultativos, elaborando un informe escrito con sus valoraciones.

Destaca que Holanda también fue el primer país en despenalizar la eutanasia para los menores de 18 años. La ley que entró en vigor el 1 de abril de 2002 preveía la eutanasia para los jóvenes entre 16 y 18 años, siempre y cuando lo solicitaran por escrito, al igual que para los menores capaces de consentimiento (de los 12 años a los 16), con el único requisito de que sus padres o tutores dieran su consentimiento.

Holanda también cuenta con el llamado “Protocolo de Groningen”, en el cual se admite la eutanasia para los casos de recién nacidos, cuando se corrobore que éstos no tienen futuro y que están padeciendo sufrimiento. Para poder llevarla a cabo, se necesita el consentimiento de los padres.

6.2. Bélgica

Fue en el año 2002 cuando Bélgica reguló en su ordenamiento jurídico por primera vez la eutanasia. Lo hizo a través de la Ley relativa a la Eutanasia (“Loi relative à l’euthanasie”). A su vez, con la aprobación de esta ley se aprobaron también otras dos normas: una en lo referente a los derechos de los pacientes y otra sobre los cuidados paliativos.

Para poder aplicar la eutanasia en Bélgica, se necesita como requisito que el enfermo esté en una situación con pronóstico médico de irrecuperabilidad y a su vez, padezca sufrimiento físico o psíquico, teniendo que ser éste constante e insoportable. Por parte del sujeto pasivo, se tiene que dar una petición voluntaria, razonada, reiterada y no provocada por presiones externas. A su vez, antes de la toma de decisión del paciente, éste tiene que ser informado sobre todo lo relativo a su estado de salud y las posibilidades terapéuticas de las que dispone. En este país, la consulta con otro médico es preceptiva, teniendo acceso éste último a toda la información existente sobre la situación en la que está inmerso el paciente y cuál es su estado de salud. Con ello, redactará un informe sacando sus propias conclusiones.

La eutanasia en Bélgica se legaliza para aquellas personas mayores de edad o menores emancipados que padezcan una enfermedad grave e incurable. A diferencia de la regulación holandesa, la solicitud en este país se tiene que hacer por escrito. Además, en el año 2014, Bélgica fue el primer país del mundo en conseguir que se legalizara la práctica de la eutanasia para menores, sin limitación por razón de edad. Si bien es cierto, la única condición que se impone al sujeto es que tenga plena capacidad de discernimiento, evaluando a su vez su madurez mental. La decisión del menor tiene que ser respaldada por sus padres, quienes pueden decidir ejercer su derecho de veto sobre la decisión del menor. Si bien es cierto, hay una diferencia a la hora de solicitar la eutanasia en función de la edad, ya que los menores de edad no pueden pedir la eutanasia por problemas psicológicos (a diferencia de los mayores de 18 años que sí que pueden), sino que únicamente la pueden solicitar por padecimientos físicos extremos.

6.3. Luxemburgo

Luxemburgo es el tercer país de la Unión Europea que incluye dentro de su ordenamiento jurídico el derecho a la eutanasia. Esto tuvo lugar en el año 2009 cuando se regula por una parte los cuidados paliativos, las directivas anticipadas y los cuidados al final de la vida y por otra parte, la propia eutanasia y el suicidio asistido.

Al igual que la LO 3/2021 de regulación de la eutanasia en España, la Ley de la eutanasia en Luxemburgo exige que el paciente se encuentre inmerso en una situación médica sin solución y que a su vez, padezca sufrimiento. Para poder solicitar la eutanasia, el sujeto pasivo tiene que formular una solicitud por escrito y de forma voluntaria; además, se requiere que éste

sea mayor de edad y con plena capacidad de obrar en el momento en que la solicite, y que la enfermedad que padece sea irreversible. Al igual que en Bélgica, el médico interviniente tiene que consultar con otro profesional, examinando al paciente y cerciorándose de que el paciente esté inmerso en esa enfermedad de carácter irreversible. Una vez comprobado esto, se redactará un informe, dando visto bueno para ejercer la eutanasia si se cumplen los requisitos.

Este país, cuenta con una Comisión Nacional de Control y Evaluación que cada dos años emite un informe estadístico con las conclusiones más relevantes sacadas de la revisión de todos los casos de eutanasia y de suicidio asistido.

6.4. Suiza

En primer lugar, tenemos que aclarar que, en este país, no se permite el ejercicio de la eutanasia activa directa como tal, sino que el suicidio asistido está despenalizado en ciertos casos. Es en el art.115 del Código Penal suizo donde se recoge que la criminalidad de estos casos de suicidio asistido radica en la intencionalidad. Es decir, el auxilio al suicidio está castigado en aquellos casos donde exista una motivación egoísta, penando las acciones originadas por comportamientos o razones altruistas. Además, no se requiere en ningún caso la intervención de un profesional médico. Es decir, en Suiza se permite el suicidio asistido por personal no sanitario.

En noviembre de 2006, el Tribunal Federal suizo afirmó que toda persona que esté en pleno goce de sus capacidades mentales puede decidir sobre su propia muerte. Ya en 2007, el Tribunal dio luz verde a la posibilidad de que todas aquellas personas que sufrieran problemas psíquicos o psiquiátricos pudieran solicitar la ayuda a morir. En el año 2013, se permitió por parte del Tribunal ampliar los casos de suicidio asistido a aquellas situaciones en las cuales estuviera involucrada una persona sana (sin enfermedades terminales), es decir, se permite el suicidio asistido por el simple deseo de esa persona, si considera que está padeciendo un “sufrimiento vital”.

Respecto a las asociaciones que prestan este servicio de ayuda al suicidio, exigen una serie de requisitos al paciente a la hora de solicitar la ayuda a morir: el paciente tiene que tener en todo momento del proceso la capacidad de discernir, debe ser capaz de auto administrarse el

compuesto que le provoque la muerte por su propia mano, y además, la persona que presta la ayuda a morir no tiene que moverse por ningún tipo de motivación económica.

Se ha de destacar el caso de Suiza, ya que es un país conocido por su “turismo de la muerte”, debido a que cada año, más de mil europeos (entre los que sobresalen británicos y alemanes) viajan al país suizo en busca de una muerte digna, llegando en muchos casos a pagar grandes cantidades de dinero.

7. LA EUTANASIA COMO DERECHO FUNDAMENTAL

7.1. El inicial rechazo jurisprudencial a la eutanasia

En la STC 120/1990, de 27 de junio, el TC resolvió el recurso de amparo interpuesto por algunos de los presos integrantes de la organización terrorista GRAPO en relación con la huelga de hambre que estos estaban llevando a cabo en las prisiones españolas en las que estaban cumpliendo condena. En este apartado interesa la cuestión relativa de los derechos a la integridad física y moral garantizados por el artículo 15 CE, derechos que, junto con la protección de la vida, son los que el TC dedica la mayor parte de su fundamentación jurídica.

El TC argumentó en dicha sentencia que “[...] siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquella fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del *agere licere*, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho. En virtud de ello, no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte [...]” (FJ 7; en el mismo sentido, STC 137/1990, de 19 de julio, FJ 5).

En esta misma posición, se pronunció también el TEDH en el asunto *Pretty c. Reino Unido*, de 29 de abril de 2002. El Tribunal vino a decir que «[...] no se puede interpretar, sin

distorsión del lenguaje, que el artículo 2 confiere un derecho diametralmente opuesto; a saber, el derecho a morir; tampoco puede crear un derecho a la autodeterminación en el sentido de que conceda a todo individuo el derecho a escoger la muerte antes que la vida». Es decir, el TEDH considera que del artículo 2 del Convenio no se puede llegar a deducir que exista un derecho a morir, ni en base a la ayuda de una autoridad pública, ni con ayuda de un tercero.

De estas resoluciones judiciales, se puede afirmar que a tenor de lo argumentado por el TC y el TEDH no tiene mucha cabida el hecho de regular ni legislar un derecho a morir, ni siquiera de manera condicionada. Sin embargo, a pesar de estas argumentaciones por parte del TC, el mismo Tribunal en la resolución citada en el párrafo anterior declaró también que no se tiene que obligar a una persona a vivir si su voluntad es la contraria. En el fallo de esta sentencia, el TC dijo que el objetivo de los huelguistas no era legítimo, por las presiones a las que estaba siendo sometida la Administración Penitenciaria para que los reagrupara; de ahí que no les amparase una total libertad. Para el TC tampoco se justifica por parte de la Administración Penitenciaria una medida coactiva que lesione la libertad y autonomía de los reclusos, aunque ésta trate de cuidar su salud o salvarles la vida, si las decisiones que toman los reclusos son en base a sus propias convicciones sin que éstas provoquen daño a los demás.

En esta misma línea, en el año 1996 el TC concluyó que «[...] el derecho a la integridad física y moral no consiente que se imponga a alguien una asistencia médica en contra de su voluntad, cualesquiera que fueren los motivos de esa negativa [...] La decisión de permitir una agresión de esa envergadura, aunque con finalidad curativa es personalísima y libérrima, formando parte inescindible de la protección de la salud como expresión del derecho a la vida» (STC 48/1996, de 25 de marzo, FJ 3).

En referencia al TEDH, ha admitido en el asunto Haas c. Suiza, de 20 de enero de 2011, que el derecho que tiene una persona a escoger la forma de terminar con su vida constituye uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada que se recoge en el art.8 del Convenio; siempre y cuando esa persona a la hora de tomar esa decisión actúe en consecuencia y de forma consciente y libre de acuerdo a su propio juicio. En este mismo asunto, respecto al derecho a la vida del art.2 del Convenio, el TEDH declaró que esta disposición es de obligado cumplimiento por parte de las autoridades internas para evitar que una persona se quite la vida siempre y cuando esa decisión no se produzca con pleno conocimiento de causa ni de forma libre. Por tanto, hay que entender que en aquellos casos en los cuales una persona obre de manera consciente y libre, la obligación por parte de las autoridades internas deja de tener efecto.

En segundo término, el criterio de autonomía en el consentimiento garantiza el derecho a rechazar un tratamiento médico, aunque la negativa a recibirlo conlleve el fallecimiento de la persona. Por tanto, se está asegurando con carácter general que, si una persona lo desea, hay que dejarle morir si se trata de una decisión libre y consciente, pues no existe un deber de vivir. Por ello, en palabras del TC, «El derecho del artículo 15 CE protege, según doctrina reiterada de este Tribunal (recopilada, entre otras, en las SSTC 220/2005, de 12 de septiembre, FJ 4, y 160/2007, de 2 de julio, FJ 2), “la inviolabilidad de la persona, no solo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular” (SSTC 120/1990, de 27 de junio, FJ 8, y 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5). Son estos propios derechos los que han adquirido una plena dimensión positiva en relación con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, enfocado todo ello a la plena efectividad.

Después de todo esto, resulta necesario preguntarse si, además del derecho a exigir a los poderes públicos el deber de dejar morir (ya sea como deber de abstención o de tolerancia), la CE reconoce la facultad de la ayuda a morir, al mismo tiempo que parte del objeto del derecho fundamental, a través del suministro de los medios idóneos (suicidio asistido) o por la intervención directa de una persona que origine la muerte en aquella otra persona que desea morir (eutanasia activa directa). Es por esto que, dentro del Derecho Penal, cobra importancia en términos iusfundamentales el problema de que si la persona que demanda la ayuda a morir no puede provocarse la muerte por si misma, el hecho de poner fin a su enfermedad incurable forma parte del derecho complejo a su integridad personal.

7.2. El reconocimiento jurisprudencial de la Eutanasia como derecho fundamental en el derecho comparado

El Tribunal Supremo de Canadá el 30 de septiembre de 1993 abordó por primera vez el tema del derecho a la muerte digna en el caso *Sue Rodriguez vs. The Attorney General of Canada and the Attorney General of British Columbia*. Dicho asunto versaba sobre la petición de Sue Rodríguez para que un médico le ayudara a acabar con su vida como consecuencia de la enfermedad de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) que sufría. La resolución de los magistrados fue de 5 votos frente a 4 contra la pretensión de la paciente de ELA, ya que entendieron que el castigo penal a la ayuda al suicidio era compatible con los derechos que se reconocían en el propio

ordenamiento canadiense, de forma que también eran el reflejo de los valores imperantes de la sociedad. También argumentó que esa sanción no suponía ningún tipo de medida inhumana o cruel.

Esta visión de los tribunales cambió de forma radical el 6 de febrero de 2015 con el asunto *Carter vs. Canada (Attorney General)*, donde se resolvieron las pretensiones de Key Carter, enferma de estenosis espinal, y de Gloria Taylor, enferma de ELA. Ambas, en 2009, solicitaron la ayuda médica para morir por las enfermedades incurables y dolorosas que estaban padeciendo, aunque no terminales en el momento de la solicitud.

El órgano judicial en primera instancia resolvió a favor de dichas pretensiones, argumentando que resultaba inconstitucional el hecho de prohibir asistencia física al suicidio de personas adultas con plenas capacidades y que estuvieran padeciendo sufrimientos intolerables como consecuencia de sus enfermedades. Sin embargo, el Tribunal de Apelaciones de la Columbia Británica revocó por mayoría la decisión tomada en primera instancia, en base al precedente caso *Sue Rodríguez*.

En dicha resolución, intervino el Tribunal Supremo apoyándose en las decisiones legales y jurisprudenciales de los países de: Colombia, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; y en los estados norteamericanos de: Washington, Oregón y Montana. A su vez, hizo mención a que la muerte asistida sigue constituyendo un delito en muchos países y que son varios los tribunales que han reafirmado esta prohibición: en Europa, el TEDH en el caso *Pretty c. Reino Unido*; y en Estados Unidos, el propio Tribunal Supremo en los asuntos *Vacco vs. Quill* y *Washington vs. Glucksberg*, de 1997.

Como consecuencia de estos acontecimientos, el Tribunal Supremo de Canadá defendió en primer lugar la idea de que siendo delito el hecho de ayudar a otro a acabar con su vida, las personas que estuvieran grave e irremediabilmente enfermas, tendrían dos opciones para poner fin a su vida: quitársela ellos mismos de forma prematura o sufrir hasta que realmente mueran por causas naturales.

En segundo lugar, el alto tribunal, conforme a lo resuelto por el tribunal de primera instancia, concluyó que el hecho de prohibir el auxilio físico para morir trae como consecuencia directa la acción de algunas personas por quitarse la vida ellas mismas de forma prematura por el miedo de que verdaderamente no puedan hacerlo cuando el sufrimiento y el dolor de su enfermedad lo haga intolerable. De esta forma, el derecho a la vida queda afectado.

En tercer lugar, argumentó que ante una situación médica que conlleve a la muerte, la respuesta que se dé a ella es una cuestión que afecta a la dignidad humana y autonomía personal del paciente, de forma que por una parte se permitía por ley la reclamación de los cuidados paliativos, el rechazo a alimentos e hidratación, al igual que el mantenimiento artificial de la vida; pero por otra parte, esa misma ley prohibía el derecho a la petición de la ayuda a morir, ya que constituía un desprecio a la capacidad de tomar decisiones que afecten a la integridad física y en conclusión, una lesión a la libertad, ya que la persona que solicita la ayuda a morir como consecuencia del padecimiento de un sufrimiento grave e incurable, lo hace en base a convicciones personales sobre la propia forma en la que desea vivir o por el contrario morir.

A pesar de que la Carta Canadiense de los Derechos y las Libertades reconoce en su artículo 7 el derecho a la vida también ampara la dignidad y la autonomía en el momento final de la misma. Es por ello que el Tribunal Supremo concluyó que los artículos 241 b) y 14 del Código Penal violaban los derechos a la seguridad y a la libertad de la persona en la medida en que se prohibía la muerte asistida por un médico para aquellos casos en que los solicite una persona adulta con plena capacidad de obrar y como consecuencia de una enfermedad grave e irremediable con sufrimiento duradero e intolerable.

Para reformar más esta postura, el Tribunal Supremo se opuso frente a algunos de los clásicos argumentos defendidos en contra de la eutanasia, como, por ejemplo, el del peligro que suponía para aquellos colectivos de personas vulnerables o en los casos de que siendo la eutanasia una práctica legal provocaría el efecto de una “pendiente resbaladiza”. Respecto al primer argumento, el Tribunal Supremo que esos riesgos a los que se hace alusión se pueden evitar a través de un sistema de control y garantía. Respecto al segundo de los argumentos, el Tribunal se basó en la experiencia de todos aquellos países donde está permitido el auxilio al suicidio, concluyendo que, si se toman las medidas correctas, no hay nada que verdaderamente demuestre que, admitiendo esta práctica, se provoque el inicio de una serie de cambios y reformas que terminen por legalizar el homicidio.

Es de destacar el hecho de que una de estas conclusiones del Tribunal Supremo ya se formuló en el asunto *Sue Rodriguez*, por parte de la juez McLachlin, en su voto particular. Decía que si una persona con plena capacidad de entender y querer, siendo consciente de sus actos, decide rechazar un tratamiento médico, aunque este hecho pueda conllevar su muerte, ¿por qué no se permite la petición de asistencia médica para que se ponga fin a su vida y al sufrimiento que padece por la enfermedad?

Respecto al caso Carter, su línea argumental está presente en varias resoluciones recientes de la Corte Constitucional italiana y del Tribunal Constitucional Federal alemán. Respecto a Italia, destaca el caso *Cappato*, con la sentencia 207/2018, de 16 de noviembre. Dicho asunto nace por la cuestión planteada por la Corte d'assise de Milán, donde se ponía en tela de juicio el artículo 580 del Código Penal respecto a su constitucionalidad y su regulación del delito de incitación o ayuda al suicidio.

En primer término, la Corte consideró constitucional la ayuda al suicidio, sin embargo, matizó algún aspecto. Dijo que había que tener presentes las concretas circunstancias en las cuales estaba inmersa la persona que solicitaba esa ayuda a morir, de forma que no bastaba con quedarse en conclusiones abstractas. Según la Corte, para el caso concreto se debe tratar de «[...] una persona (a) que sufre de una patología irreversible, (b) fuente de sufrimiento físico o psicológico, que encuentra absolutamente intolerable, que es (c) mantenido vivo mediante tratamientos de soporte vital, pero sigue siendo (d) capaz de tomar decisiones libres y conscientes [...]» (sentencia 207/2018, de 16 de noviembre, Corte Constitucional italiana). Por tanto, si se cumplen estas circunstancias que enuncia la Corte, la ayuda de un tercero para poner fin a la vida del paciente que las sufre puede resultar indispensable, y que conforme al artículo 32 de la Constitución italiana, no tiene obligación de soportar.

Artículo 32 Constitución italiana: «La República protege la salud como derecho fundamental de la persona e interés básico de la colectividad y garantiza asistencia gratuita a los indigentes. Nadie podrá ser obligado a someterse a un tratamiento médico, a menos que así lo establezca la Ley. La Ley no podrá en ningún caso violar los límites que impone el respeto a la persona humana»¹⁸

La Corte concluyó en la misma línea que el asunto Carter que si ya se admitía por parte del ordenamiento italiano la idea de que aquellas personas que se mantienen con vida por medio de tratamientos médicos, pueden bajo ciertas circunstancias, solicitar que se ponga fin a su vida parando dicho tratamiento que les mantiene “artificialmente” con vida, se entienda que el hecho de prohibir absolutamente la ayuda al suicidio suponga una verdadera limitación a la libertad¹⁹ del paciente en su autodeterminación para la elección de las terapias, incluyendo aquellas que provoquen su muerte.

Una sentencia más reciente es la de 26 de febrero de 2020, del Segundo Senado del Tribunal Constitucional Federal alemán, la cual, incorpora varias referencias del Derecho comparado,

¹⁸ Constitución Italiana, artículo 32.

¹⁹ Dicha libertad deriva de los artículos 2, 13 y 32.2 de la Constitución italiana.

y además otras históricas. En primer término, la Constitución alemana recoge su texto como derecho fundamental el libre desarrollo de la personalidad. Este hecho, no ocurre en la Constitución española.

Artículo 2.1 de la Constitución alemana: «Toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad, siempre que no vulnere los derechos de los demás ni atente contra el orden constitucional o la moral».²⁰

La citada sentencia, conecta el derecho del libre desarrollo de la personalidad con el derecho a una muerte autodeterminada, el cual engloba tanto la libertad de quitarse la vida como la libertad de buscar e incluso usar la asistencia de otras personas para quitársela, siempre que esto último se ofrezca. Dentro de este derecho a una muerte autodeterminada, nos encontramos con que se puede rechazar por propia voluntad el recibir tratamientos médicos que sostengan la vida, y también, aquellos en los cuales la persona decide quitársela.

En esta misma línea, el Tribunal Constitucional alemán continúa argumentando que una persona que decida personalmente poner fin a su vida, siempre y cuando esté basada en la manera en que cada persona considera lo que es calidad de vida, elude toda evaluación en base a dogmas religiosos, valores generales, consideraciones de racionalidad objetiva o normas sociales sobre la vida y la muerte. Es por esto que al individuo no le corresponde defender su posición ni la decisión tomada, sino que la decisión que toma tiene que respetarse tanto por parte del Estado como por parte de la sociedad, en base a un acto de autodeterminación personal.

Como ya se ha dicho en párrafos anteriores, este derecho incluye también la libertad para buscar y para utilizar la ayuda a morir por parte de terceras personas, siempre y cuando se ofrezca esta ayuda. Es por esto, que el Tribunal declaró inconstitucional la asistencia al suicidio, recogida en el artículo 217.1 del Código Penal alemán, por menoscabar dicha libertad.

Para poder llegar a esa conclusión, el Tribunal tuvo que someter al artículo 217.1 al test de proporcionalidad, entendiendo que, en un primer momento, el hecho de prohibir la ayuda al suicidio asistido constituye un fin legítimo, ya que, con esto se evita el desarrollo de situaciones de presión sobre las personas para que acaben con su vida, con el argumento de consideraciones de utilidad, provocando que estas decisiones no se tomen con total libertad por parte de las personas. En relación con esto último, destacan algunas investigaciones y

²⁰ Constitución Alemana, artículo 2.1.

estudios tanto alemanes como extranjeros, explicando que uno de los motivos comunes por los cuales los pacientes buscan esa ayuda al suicidio es por evitar ser una carga para sus familiares o para terceras personas.

Si bien es cierto, la importancia fundamental que se reconoce a la Constitución alemana respecto a la autodeterminación (en concreto a la protección de la singularidad personal, la identidad e integridad en las decisiones sobre la propia vida) requiere estrictos límites en la figura del legislador, a la hora de redactar la protección jurídica dentro del contexto de la asistencia al suicidio. Y es que el legislador alemán cuando aprobó el artículo 217 del Código Penal, sobrepasó esos límites, dando una concepción del ser humano basada en el libre desarrollo de la propia personalidad y en la dignidad, a través de la responsabilidad personal y la autodeterminación.

Para establecer cualquier marco normativo, el punto de partida tiene como base el deber de protegerse la autodeterminación por parte del Estado, prevaleciendo la vida únicamente sobre la libertad del individuo cuando éste se halle expuesto a circunstancias o situaciones que pongan en peligro la autodeterminación de su propia vida. Sin embargo, se pueden contrarrestar estas influencias por parte del ordenamiento jurídico a través de determinadas medidas preventivas, como, por ejemplo, fomentando los cuidados paliativos, de forma que se reduzcan o se eliminen los deseos de suicidio de esa persona que está padeciendo una enfermedad terminal. A pesar de esto, la decisión de una persona de acabar con su propia vida en base a lo que ella considera una vida digna o con existencia significativa, debe estar reconocida como un acto de autodeterminación, de forma que manifieste su voluntad autónoma. En conclusión, la protección de la vida no puede ser contraria a la tutela del derecho de la autonomía personal.

Lo cierto es que, sin la disponibilidad de los servicios destinados al suicidio asistido, la persona quedaría dependiendo de la voluntad de los médicos para prestarle la asistencia a morir, por lo menos en la forma de suministro de las sustancias necesarias para suicidarse. En la práctica, esto solo cabría esperarlo en casos excepcionales, ya que verdaderamente los médicos han mostrado poca disposición a dar ayuda al suicidio, y también, por el hecho de que no están obligados a hacerlo.

Si bien es cierto, la mejora en los respectivos cuidados paliativos dados a un paciente no constituye en sí mismo una medida que compense del todo la restricción desproporcionada de la autodeterminación individual. Dicha mejora podría constituir un medio eficaz para reducir el número de casos en los cuales los enfermos terminales quieren morir. Sin embargo,

para aquellos casos en que la decisión de suicidarse se tome en unas circunstancias diferentes, las mejoras en los cuidados paliativos no son óptimas para equilibrar las restricciones resultantes de la disposición que se ha impugnado. Además, no hay una obligación para hacer uso de los cuidados paliativos, y el Estado no puede acogerse a que otros países ofrezcan el suicidio asistido, ya que debe garantizar por el mismo los derechos fundamentales dentro del marco jurídico de su propio ordenamiento.

En último lugar, respecto al artículo 217 del Código Penal y la restricción de la autodeterminación individual, no resulta adecuado justificarlo en base a la protección de terceras personas, ya que el objetivo buscado es el poder evitar que la asistencia al suicidio desarrolle comportamientos similares, y por ello, no es suficiente como para negar el ejercicio del derecho a otros.

Todo ello no significa que se impida por completo al legislador regular la asistencia al suicidio, pero sí conlleva que cualquier legislación sobre este tema debe tener presente el hecho de que las personas son seres capaces de perseguir y ejercer su libre determinación. En este contexto de la asistencia al suicidio, el legislador tiene amplias opciones, entre las cuales se encuentra la obligación legal de dar información y llevar a cabo controles administrativos que garanticen el aseguramiento de los servicios de suicidio asistido. El legislador también puede hacer uso del Derecho Penal, sobre todo en lo referente al cumplimiento mediante las respectivas sanciones penales. Sin embargo, dentro del derecho al suicidio, se prohíbe la vinculación de la permisibilidad de la asistencia al suicida a ciertos criterios sustantivos, como, por ejemplo, la exigencia de un diagnóstico que muestre una enfermedad incurable. A pesar de esto, se pueden establecer algunos requisitos diferentes, en función de las circunstancias existentes, con el objetivo de conseguir verificar el carácter de la resolución del individuo que se suicida como sincera y definitiva.

7.3. La eutanasia como derecho fundamental garantizado en la Constitución española

En España, nos encontramos con la opinión de Fernando Rey Martínez, el cual señala que es dentro del ámbito del Derecho penal donde se ha desarrollado fundamentalmente la discusión jurídica sobre la ayuda a morir. Por ello, destacan con frecuencia aquellos estudios de política criminal centrados en la disponibilidad de la propia vida, concluyendo que la

regulación jurídico-penal de las conductas en relación con el suicidio tienen que ser estudiadas o desarrolladas desde aquella perspectiva que tiene en cuenta el artículo 15 CE, interpretado en base al libre desarrollo de la personalidad del artículo 10 CE; y que, por ende, reconoce la disponibilidad sobre la propia vida y el derecho a morir. Todo este debate tiene una gran importante dimensión constitucional, aunque en España no exista como a diferencia de Alemania, el derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad.

Fernando Rey sostiene la idea de que se pueden sacar cuatro tipos de modelos de interpretación jurídica de la eutanasia activa directa de la CE. Dichos modelos serían: “la eutanasia prohibida, la garantizada como derecho fundamental, la eutanasia como libertad constitucional legislativamente limitable y la eutanasia como excepción legítima, bajo ciertas condiciones, de la protección estatal de la vida”.²¹

Dentro de este trabajo, solamente vamos a explicar el segundo de los modelos citados, ya que es el que hemos asumido en España en términos iusfundamentales. Este modelo defiende que se puede inferir un “derecho complejo a morir” de la interpretación del artículo 15 CE en relación con el artículo 10.1 CE. Se ha de aclarar que el término “complejo” se utiliza aquí en el sentido de que, aunque no esté mencionado de manera expresa en los artículos 15 y 10.1 CE, se puede extraer de ellos; y “a morir”, en el sentido de que aparte de incluirse el derecho a exigir del Estado que se abstenga de alargar la vida de aquella persona que no quiere vivir más, se incluye al mismo tiempo la facultad de poder solicitar al Estado la ayuda médica a morir. Sin embargo, esto último de forma limitada, lo que provoca que se siga manteniendo como delito aquellas prácticas que no se ciñan a los estrictos requisitos y términos de la eutanasia.

Según varias sentencias del TC, el derecho a que nos dejen morir sería expresión de «[...] una dimensión externa de agere licere que faculta a los ciudadanos para actuar con arreglo a sus propias convicciones y mantenerlas frente a terceros» (SSTC 19/1985, de 13 de febrero, FJ 2; 120/1990, de 27 de junio, FJ 10, y 137/1990, de 19 de julio, FJ 8). Con este reconocimiento se consigue proteger la autodeterminación personal mediante el ejercicio de las facultades que forman las concretas manifestaciones de libertad. Del mismo modo, se protege también la libertad para consentir un tratamiento o para rechazarlo, posibilidad que ha sido admitida tanto por el TC español como por el TEDH.

²¹ REY MARTÍNEZ, Fernando (2008): “Eutanasia y derechos fundamentales”. Madrid: CEPC, pp.83.

Respecto a la eutanasia, el artículo 15 CE al recoger el derecho fundamental a la integridad física y moral, comprende como hemos dicho en párrafos anteriores, tanto la facultad de pedir la abstención de ayuda a seguir viviendo por parte de los poderes públicos o de terceros; y además, la exigencia hacia los poderes públicos de ayuda médica a morir cuando la integridad de la persona que lo solicita está gravemente menoscabada como consecuencia de los sufrimientos intolerables que padece. La negativa a estas posibilidades traería consigo la vulneración del derecho fundamental a la vida y el derecho a la integridad personal.

Respecto a la titularidad del derecho, el artículo 5.1 LORE dice que: «Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos: a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud»²²

En España, no se permite practicar la eutanasia a los menores de edad, lo que puede resultar cuestionable, teniendo en cuenta los ejemplos de Holanda y Bélgica donde sí se permite. Y que el artículo 5.1.a) de la LORE dispone que se requiere “ser capaz y consciente en el momento de la solicitud”, debiendo ser esta exigencia requisito suficiente como para poder articular con garantías el ejercicio de la eutanasia para los menores de edad.

En segundo lugar, en la LORE se determina el alcance de la eutanasia, de forma que se admite que la disposición sobre la propia vida que tiene la persona no es un derecho absoluto, y que su amparo únicamente tiene lugar cuando concurre una de las dos circunstancias recogidas en los incisos b) y c) del artículo 3:

«b) “Padecimiento grave, crónico e imposibilitante”: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico».

«c) “Enfermedad grave e incurable”: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona

²² Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Artículo 5.1.

considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva».

Por tanto, no se reconoce un derecho ilimitado a la eutanasia, sino un derecho en función de la presencia de una de las dos circunstancias que se acaban de citar. Para poder determinar si esta delimitación es constitucional, hay que tomar como referencia el artículo 15 CE, ya que es el precepto constitucional que protege la vida con carácter general y la integridad física y moral. El art.5.1.d) LORE estaría ajustado al texto constitucional ya que con este artículo se está garantizando a una persona su integridad personal, poniendo fin a su vida, en el caso de que esté soportando “una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante”.

La CE no prevé ninguna habilitación en su artículo 15 para fijar límites externos a los derechos recogidos en este precepto, por tanto, la LORE solo puede establecer límites internos siempre y cuando se respete el contenido abstracto del derecho, sin que impongan restricciones que lo hagan de difícil aplicación.

En tercer lugar, la LORE establece el marco regulador de este derecho fundamental, y es en varios preceptos de esta ley donde se recoge la forma en la que se debe garantizar este derecho. Así, el artículo 11.2 sostiene que: “En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.1.^a)¹⁹ el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. 3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.2.^a)²⁰ el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento”.

El Capítulo IV de la LORE regula la “Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir”:

«Artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.
2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley.

Artículo 14. Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud.

La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

Artículo 15. Protección de la intimidad y confidencialidad.

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Asimismo, los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes e implantar en el tratamiento de los datos, las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, teniendo en cuenta que los tratamientos afectan a categorías especiales de datos previstas en el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016».

Respecto a la tutela jurisdiccional del derecho ante la jurisdicción ordinaria, ésta queda recogida en la Disposición adicional quinta de la LORE: «Los recursos a los que se refieren los artículos 10.5 y 18.a) se tramitarán por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa». Nos encontramos ante los recursos que se pueden interponer contra aquellas resoluciones de la Comisión de Garantía y Evaluación «[...] que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir» y que, como consecuencia de que garantizan un derecho que deriva del artículo 15 CE, se van a tramitar por el «Procedimiento para la protección de los derechos fundamentales de la persona», el cual se regula en los artículos 114 y siguientes de la LORE, caracterizado por su especialidad, preferencia y sumariedad. De forma más concreta, es especial ya que tiene diferencias con el procedimiento común; es preferente puesto que tiene que ser objeto de conocimiento con anterioridad a cualquier otro; y por último, es sumario, porque se caracteriza por la

simplicidad de los trámites y los plazos breves²³. Respecto a la competencia para resolver sobre estos asuntos, corresponde a los juzgados de lo contencioso-administrativo. Y una sentencia desestimatoria de la pretensión, puede ser recurrida ante el Tribunal Superior de Justicia.

Una vez que se agota la vía jurisdiccional ordinaria, entramos ante los recursos extraordinarios, de forma que, en el plazo de 20 días, desde la resolución judicial del TSJ, cabría interponer recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. Aunque la LORE no regula esta posibilidad del recurso de amparo, se ha entendido así puesto que nos encontramos con la tutela de un derecho fundamental.

8. RELACIÓN ENTRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA, EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA Y LA EUTANASIA

8.1. Concepto, requisitos y limitaciones de la objeción de conciencia

Partiendo de un sentido amplio, la objeción de conciencia “consiste en la negativa del individuo, por motivos de conciencia (valores, creencias o convicciones de una persona), a someterse a una conducta que en principio sería jurídicamente exigible (provenga la obligación directamente de la norma, de un contrato, de un mandato judicial o de una resolución administrativa)”²⁴. A su vez, de una forma más amplia se podría afirmar que el concepto de objeción de conciencia incorpora toda aquella pretensión contraria a la ley, motivada por razones axiológicas (no únicamente psicológicas), cuyo contenido principal es el religioso o ideológico, tenga por objeto propio la alternativa menos dañina para la conciencia personal entre las distintas alternativas que dé la norma, evitar el comportamiento del imperativo legal o la sanción prevista por su incumplimiento.

Desde una perspectiva sociológica, se puede dar un concepto más preciso, definiendo la objeción de conciencia como “un conflicto impropio de normas; de una parte, la norma jurídica que impone un deber, fundamentalmente un *favere* y de otra, la norma moral, que se

²³ Destacar por ejemplo que el periodo probatorio no puede ser superior a veinte días comunes para su proposición y práctica en ningún caso. El órgano jurisdiccional tiene que dictar sentencia en el plazo de cinco días.

²⁴ GRACIA ARNILLAS, R. M., “Estado actual de la objeción de conciencia sanitaria en la mitad oriental de la provincia de Huesca”. Tesis de la Universidad de Zaragoza, 2015, pp.22

opone al cumplimiento del mismo. Es rehusar obedecer un mandato de la autoridad legítima, que se entiende radicalmente injusto o delictuoso, o cumplir un deber, por entrar en colisión con una norma moral”²⁵.

La objeción de conciencia, por tanto, se mueve dentro de la excepción al imperativo jurídico, porque este último colisiona con las convicciones morales de una persona. Es por ello que, la base de la objeción de conciencia se encuentra en el aspecto individual e íntimo de la persona, de su conciencia humana.

Si bien es cierto, aunque el individuo tiene la obligación de cumplir las leyes, la objeción de conciencia es una muestra de la preferencia existente de la persona frente al Estado, de su propia libertad y responsabilidad ante el bien de la sociedad.

La objeción de conciencia es un peculiar ejercicio de unos derechos fundamentales de la persona humana, la libertad de conciencia en conexión con la libertad religiosa, y, por consiguiente, un ordenamiento político y jurídico que quiera ser congruente con el respeto debido a los derechos humanos debe acoger y respetar la objeción de conciencia. En una sociedad democrática, moderna, basada en el sistema de derechos humanos y libertades públicas, la admisión de la objeción de conciencia es congruente.²⁶

La objeción de conciencia ha experimentado una importante ampliación en las últimas décadas, de forma que se han expandido los ámbitos donde ahora entra en juego esta institución. La amplitud, será distinta en base a la propia naturaleza del deber incumplido, el perjuicio producido o la posibilidad de poder sustituir al objetor de conciencia por otra persona para que cumpla con el deber que se le encomendó al objetor, entre otros aspectos. Todos estos elementos que se producen en las diversas situaciones en las cuales aparece la objeción de conciencia, tienen que ser valorados por un juez u órgano competente, de forma que sean estos los que otorguen la condición de objetor y así mismo fijen la amplitud del derecho a la objeción en cada caso. Todo esto, tiene que ver con los requisitos de la objeción, que explicamos a continuación:

- A. Ausencia de fin político. La base sobre la que se sustenta la objeción tiene que ser el imperativo de conciencia, no la influencia en la opinión pública o conseguir adeptos hacia la postura del objetor.

²⁵ GRACIA ARNILLAS (op. cit. pp.22)

²⁶ Escrivá Ivars J. La objeción de conciencia al uso de determinados medios terapéuticos. Actas del VI Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado; 1993; Valencia, España; p.113-135.

- B. Respeto por los derechos ajenos. El objetor puede incumplir con su deber jurídico en colisión con su autonomía moral, pero no puede vulnerar o quebrantar los derechos ajenos ni obligar a otras personas a seguir sus criterios.
- C. Valoración entre la conducta del objetor y el cumplimiento del deber jurídico. Para poder admitir la objeción, primero hay que valorar el imperativo ético del objetor y la intensidad del derecho que se lesiona, y la posibilidad de sustituir a la persona del objetor en su deber legal, valorando la facilidad o dificultad de sustitución.

Con respecto a los límites a la objeción, son necesarios una serie de requisitos para que tenga lugar esta limitación:

- a. En primer lugar, debe ser relevante el interés ajeno, de forma que se comprometa la autonomía moral y no se haya tenido en cuenta su consentimiento.
- b. Que la objeción de conciencia provoque un daño importante o irreversible. Es en este punto, donde se tiene en cuenta la posibilidad de sustituir al objetor en su deber legal.
- c. Que la conducta previa del objetor no le coloque en una posición de compromiso asumida antes de realizar la conducta que pretende objetar.

8.2. La objeción de conciencia en el Derecho español

La única objeción de conciencia existente cuando se promulga la Constitución Española en 1978 era la relativa al servicio militar. En ese año, la ley del aborto aún no se había promulgado, la negativa a formar parte de un jurado por razones éticas estaba en desarrollo, los problemas de conciencia en relación con la bioética aún no habían estallado, la objeción de conciencia fiscal a pagar impuestos destinados a sufragar actividades militares, a recibir o dar determinados tratamientos médicos o incluso el hecho de trabajar en días considerados festivos por la religión católica eran cuestiones sin demasiado calado ni importancia práctica en la sociedad española de ese momento. De ahí, que la Constitución Española de 1978 únicamente se refiera a la objeción de conciencia al servicio militar en su artículo 30.

“Artículo 30.

1. Los españoles tienen el derecho y el deber de defender a España.

2. La ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del servicio militar obligatorio, pudiendo imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria.
3. Podrá establecerse un servicio civil para el cumplimiento de fines de interés general.
4. Mediante ley podrán regularse los deberes de los ciudadanos en los casos de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública”.

Sin embargo, la doctrina entiende que realmente el precepto constitucional que recoge la objeción de conciencia como ejercicio de la libertad de conciencia en especiales circunstancias, es el art.16.1 CE. Dicho art. dice que *“se reconoce la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y de las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”*.

La libertad de conciencia se puede definir según dijo Hervada como: “el dictamen de lo que moralmente puede hacerse u omitirse en una situación concreta en la que se encuentra el hombre. El rasgo fundamental de la conciencia reside en que aparece en la acción singular y concreta. No consiste en enunciados generales, sino en el juicio del deber respecto de la conducta concreta que el sujeto está en trance de realizar... está realizando... o ha realizado”²⁷.

Fuera de España, dentro de un entorno más europeo e incluso mundial, el derecho fundamental a la objeción de conciencia, como manifestación de la libertad ideológica, se encuentra presente en diversos textos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, con el objetivo de concretar el compromiso suscrito en la Carta de las Naciones Unidas (art. 18 y 19), donde se contienen derechos fundamentales y entre los que distinguimos la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, y la libertad de opinión y expresión; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 de Nueva York en su art.18 y la Resolución 36/55 de la O.N.U. sobre la eliminación de todas las formas de discriminación e intolerancia religiosas; y por último, el Convenio Europeo de Derechos Humanos del 4 de noviembre de 1950 en su art.9, donde se habla de la tolerancia, el pluralismo y el respeto hacia las minorías.

²⁷ Hervada J. Libertad de conciencia y error sobre la moralidad de una terapéutica. En Persona y Derecho 1984, pp.13.

Dentro de este apartado, resulta necesario abordar la jurisprudencia constitucional respecto a lo relativo de la objeción de conciencia como derecho fundamental. En primer lugar, para poder afrontar de forma correcta el proceso de interpretación de cualquier precepto constitucional, es necesario llevar a cabo el análisis de las posiciones del máximo intérprete de la Constitución, y de los restantes órganos jurisdiccionales. Dentro de las posiciones constitucionales, hay pronunciamientos que se inclinan a admitir la objeción de conciencia dentro del art.16 CE, y otros, que defienden la idea de que no resulta posible afirmar un derecho fundamental de objeción de conciencia, a pesar de admitir la relación existente entre las libertades del art.16 y la objeción de conciencia.

Respecto a la posición de considerar como derecho fundamental a la objeción de conciencia, nos encontramos con dos pronunciamientos del Tribunal Constitucional: la STC 19/1985 de 13 de febrero, cuyo fundamento es la objeción de conciencia de una persona para trabajar en sábado; y la STC 53/1985 de 11 de abril, resultado de un recurso previo de inconstitucionalidad del Proyecto de ley de despenalización del aborto. Es en esta última, donde se encuentra la argumentación más clara del Tribunal Constitucional a la hora de considerar la objeción de conciencia como derecho fundamental: *“La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa del art. 16.1 de la Constitución, y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales (fundamento jurídico 14)”*.

Es en esta sentencia donde el Tribunal Constitucional concluye que verdaderamente la objeción de conciencia es un derecho fundamental existente y que puede ser ejercido con independencia de que esté regulado o no en leyes positivas.

En el contexto en que se dictó esta resolución, el Tribunal Constitucional afirmó que el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito del aborto forma parte del contenido propio del derecho de libertad ideológica y religiosa. Además, argumentó para su ejercicio no era necesario regulación legal alguna, como ocurre con todo derecho fundamental; y que, además, para ejercerlo, solo es necesario el reconocimiento constitucional, a diferencia de lo que ocurre con otras sentencias respecto a la objeción del servicio militar. Dichas sentencias son: la STC 15/1982, siendo el primer pronunciamiento constitucional dentro del ámbito de la objeción de conciencia, pero sin que el Tribunal llegara a declarar la existencia del derecho fundamental en la objeción de conciencia en el servicio militar; y la STC 35/1985, donde se afirma que la objeción de conciencia es una derivación de la libertad ideológica pero el Tribunal no llega a calificarlo como derecho fundamental.

Por tanto, estas dos últimas sentencias, la 15/1982 y la 35/1985, constituyen una categoría entre aquellas que admiten de forma clara la existencia de derecho fundamental en la objeción de conciencia, y las que consideran que no se trata de derecho fundamental a pesar de la vinculación con las libertades del art.16 CE. Si bien es cierto, se ha de aclarar que ambas sentencias se dictan en relación con la objeción de conciencia al servicio militar y antes de los pronunciamientos constitucionales del año 1987, donde a partir de estos, se niega a la objeción de conciencia el carácter de derecho fundamental.

Respecto a la STC 160/1987, de 27 de octubre, ésta se dicta como consecuencia del recurso de inconstitucionalidad que presenta el Defensor del Pueblo contra la Ley 48/1984 el 23 de marzo de 1985. Dicho recurso es presentado para dar voz a los miembros del Movimiento de Objetores de Conciencia, los cuales mostraban un fuerte descontento con lo que recogía la Ley 8/1984, ya que regulada los recursos en caso de objeción de conciencia y la derogación del art.45 LOTC. A pesar de esto, la STC 160/1987 desestimó el recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra estas leyes.

8.3. El derecho a la objeción de conciencia en la Ley de la eutanasia

Respecto a la eutanasia, han surgido varios problemas, haciendo de este tema algo controvertido desde el punto de vista jurídico, teológico, religioso, filosófico, ético y bioético. La eutanasia ha sido reconocida en España hace recientemente poco, mediante la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo reguladora de la eutanasia.

Gracias a este reconocimiento jurídico, la eutanasia dejó de estar penalizada en el Código Penal español, y también provocó la resolución de conflicto entre derechos fundamentales y bienes protegidos constitucionalmente. En conclusión, la eutanasia pasa a estar reconocida como un derecho individual en nuestro ordenamiento jurídico.

Se debe hacer referencia al artículo 3, apartado f) de la Ley 3/2021, donde viene definido el concepto de “objeción de conciencia sanitaria”, como el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones. Sin embargo, se establecen varios límites, fijados en la ley, para poder ejercer este derecho a objetar, que posteriormente explicaremos con algo más de detalle.

Más concretamente, relacionando la eutanasia con el derecho a la objeción de conciencia, se hace una mención en el preámbulo de la Ley por parte del legislador, dando el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia al personal sanitario:

“Mediante la posibilidad de objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir”. “Hay que destacar que se garantiza dicha prestación [de ayuda a morir] sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario”²⁸.

Esta mención, es posteriormente desarrollada en el art.16 de esta Ley. La manera de incorporar en este nuevo derecho individual la objeción de conciencia, encuentra varias similitudes o semejanzas con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo; respecto al derecho de objeción de conciencia del personal sanitario que esté implicado de una forma directa en la interrupción voluntaria del embarazo.

Concretamente, el art.16 de la Ley Orgánica 3/2021 dispone que:

“1. 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.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal”.

(Artículo 16, de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, de la Ley 3/2021, de 3 de marzo, de regulación de la eutanasia (BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021)).

²⁸ Ley Orgánica 3/2021, de 3 de marzo, de regulación de la eutanasia. Artículo 16. (BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021)).

Respecto a la Ley 2/2010, la semejanza radica en su artículo 19.2. Pese a esto, se pueden diferenciar entre una norma y otra, varios aspectos. En primer lugar, en la Ley de la eutanasia, se tiene previsto la implantación de un registro en el cual todos aquellos profesionales del ámbito sanitario que objeten deben dejar plasmados los motivos que les hacen reclamar su derecho a la objeción de conciencia.

La finalidad básica que se busca con este registro es el respeto por el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario sin que este influya en el derecho a la eutanasia del paciente que quiera recibir esta ayuda para morir, es decir, se trata de evitar que aquel personal sanitario con objeción de conciencia intervenga en los casos donde se solicite la eutanasia por parte del paciente. De forma que la Administración sanitaria pueda conocer con este registro, quienes son los profesionales que pueden prestar esta ayuda a morir al paciente. Con respecto a la Ley 2/2010, este registro no existe, por lo que la Ley de la Eutanasia, supone un avance respecto a la Ley del aborto, en este aspecto de ofrecer el derecho respectivo por parte de los sanitarios.

Es la propia Ley la que, al regular la objeción de conciencia, consigue dirimir entre intereses y derechos fundamentales antagónicos: por una parte, la libertad, dignidad e integridad de cada paciente que pide la eutanasia; y por la otra, la libertad ideológica y de conciencia de cada profesional sanitario que se niega a practicarla. Por tanto, el objetivo de esta Ley es el respeto de ambos bienes jurídicos.

Para que sea posible este respeto, la propia Ley 3/2021 configura unos límites para diferenciar las apelaciones que se consideran como excepciones justificadas al cumplimiento de la norma y cuáles no. Estos límites son consideraciones pragmáticas, aunque no pierden de vista la fundamentación ética de la norma, pero, sin embargo, esta ocupa un segundo plano en comparación con aspectos como la aplicabilidad o la seguridad jurídica.

Volviendo al art.16, éste delimita el derecho a la objeción de conciencia para todos aquellos casos en que se ejerza de manera individual y con una implicación personal directa, la prestación del derecho a la eutanasia por parte de los profesionales sanitarios.

Concretamente, los límites para la objeción de conciencia son:

-en primer lugar, el derecho de objeción de conciencia no se puede ejercer de manera colectiva, sino que tiene que ejercerse individualmente. Esto radica en que el origen de la conciencia moral se encuentra en la libertad individual y en su carácter autónomo.

Es el propio individuo el que hace un llamamiento a la objeción de conciencia cuando por exigencia de una norma externa, se le impone un comportamiento, colisionando de forma grave con sus principios de conciencia. Y es por este motivo, por el cual, se apela a la objeción de conciencia, para no entrar en conflicto. Por ello, la objeción de conciencia tiene ese carácter individual, no pudiendo imponerse colectivamente desde las instituciones.

-en segundo lugar, son los profesionales sanitarios los que ejercen la objeción de conciencia. La Ley 3/2021, acota el derecho a ejercer la objeción de conciencia únicamente para los profesionales sanitarios. Esto implica que, quedan fuera de poder ejercer ese derecho tanto el personal administrativo, como cualquier otra profesión que pudiera estar involucrada en el proceso de solicitud y aplicación de la eutanasia.

-en tercer lugar, y en relación con el límite anterior, se tiene que tratar de profesionales “*directamente implicados en la prestación*”, como propiamente indica el art.16 de la Ley 3/2021.

Este límite hay que matizarlo, ya que se debe explicar lo que se entiende por “directamente implicado”, puesto que tiene muchos efectos a la hora de determinar quiénes son los profesionales sanitarios que realmente pueden ejercer este derecho a la objeción de conciencia y quiénes no.

Si partimos de una concepción amplia de la objeción de conciencia, se puede llegar a entender que haya profesionales que, aunque no tengan una participación directa en la prestación de la eutanasia, puedan sentir esta contradicción con respecto a sus principios morales, en una medida igual o parecida a la de aquellos profesionales sanitarios que sí que tienen una implicación directa en la prestación de la ayuda a morir. Puede ser, por ejemplo, el caso del médico consultor, el celador que lleva al paciente a la sala donde se practique la eutanasia o los miembros sanitarios de la Comisión de Garantía y Evaluación.

Sin embargo, pese a esta concepción global, la ley interpreta el derecho a ejercer la objeción de conciencia de una manera restrictiva, con la finalidad de que se pueda prestar la eutanasia a todas aquellas personas que cumplan los requisitos que la propia ley contempla.

El conflicto existente de la diferenciación entre la contribución necesario (indirecta) y la implicación directa tiene un gran camino en la filosofía moral y jurídica, donde existen varios puntos de vista u opiniones. En un primer lugar, se sostiene sobre argumentos de consecuencia, la posibilidad de ampliación del derecho a la objeción de conciencia de aquellas personas que no tengan una implicación directa, como, por ejemplo, aquel profesional que se opone a llevar a cabo un determinado comportamiento (v.g. firma de un certificado de

capacidad o de una enfermedad con carácter irreversible) que según él contribuirá a la consecución de un resultado inaceptable para su conciencia.

Desde el punto de vista de otras posturas, nos encontramos con la idea de que únicamente hay responsabilidad respecto de las acciones que uno hace y no de los actos que puedan provocar reprobación moral, aunque choquen con sus propias convicciones, si estos son realizados por otras personas.

Con independencia de los varios puntos de vista filosóficos, lo cierto es que, en la base de la LORE, al limitar el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, se encuentra el objetivo de querer garantizar el libre acceso al servicio de la eutanasia y limitar el posible riesgo que pueda surgir como consecuencia del ejercicio a la libertad de conciencia individual de cada uno. Es por ello que, la interpretación literal de la norma limita el derecho a la objeción de conciencia a aquellos profesionales sanitarios que estén directamente implicados en la prestación de la ayuda a morir, de forma que, quedan fuera de este ámbito todo el conjunto de profesionales sanitarios que no tengan esta implicación directa en la ayuda, a pesar de que tengan motivos de conciencia semejantes a los que intervienen directamente.

Cuando la legislación utiliza el adverbio “directamente”, acorta el reconocimiento del propio derecho a la objeción de conciencia a aquellos que de forma inmediata participan en la prestación de la ayuda a morir, dentro de sus facultades como profesionales sanitarios, ya sea aplicando la eutanasia o en el suicidio médicamente asistido. Además, al ser un derecho excepcional, según dispone el TC en su sentencia 160/1987, no reconocido de forma expresa en la Constitución Española (STC 161/1987), ya que únicamente se reconoce a nivel constitucional la objeción de conciencia en el servicio militar, la interpretación de este derecho de objeción de conciencia se tiene que hacer de manera restrictiva, nunca amplia.

Por tanto, el “médico responsable” que preste la ayuda a morir, va a poder ejercer el derecho a objetar, de la misma forma que lo podrá hacer todo aquel personal de enfermería que sea partícipe en dicha prestación.

Queda una figura, la del “médico consultor”. Según lo dispuesto en el artículo 3 e) LO 3/2021, el médico consultor es un “facultativo en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable”. Por tanto, el médico consultor, tras examinar al paciente y haber estudiado su historia clínica, debe comprobar que efectivamente se cumplen todas aquellas condiciones mencionadas en el artículo 5 LO 3/2021. Las funciones que desempeña el médico consultor no tienen la consideración de

participación directa en la prestación de la ayuda a morir, y por ello, están únicamente limitadas a corroborar que, si el paciente cumple con los requisitos que se le exigen, especialmente, en lo referente a tener una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante.

Aunque la función del médico consultor es imprescindible para poder llevar a cabo la prestación de la ayuda a morir en un paciente, la ley únicamente reconoce el derecho a la objeción de conciencia a aquellos profesionales sanitarios que de forma directa e inmediata participen en la prestación de la ayuda a morir, es decir, en el propio acto de eutanasia o de suicidio médicamente asistido.

Desde una perspectiva práctica, los profesionales sanitarios que verdaderamente sientan que su conciencia moral se siente vulnerada, puede objetar en las siguientes circunstancias, con amparo legal. Respecto al médico responsable, objetar para llevar a cabo la prestación de la eutanasia y para suministrar los medicamentos que se tendría que autoadministrar el paciente en la modalidad de suicidio médicamente asistido. Respecto al personal de enfermería, podrán objetar los responsables del suministro de los medicamentos que causen la muerte al paciente, los responsables para aquellas tareas de observación en la modalidad de suicidio médicamente asistido.

-en cuarto lugar, la objeción de conciencia se debe manifestar por escrito y de forma anticipada. Se definió a la objeción de conciencia por parte de la jurisprudencia constitucional como un derecho de naturaleza excepcional, de forma que la propia norma objetable, protege los derechos de las personas que pueden solicitar esa prestación de ayuda si cumplen los requisitos. Por tanto, lo normal es su cumplimiento, siendo necesario que se manifieste cada caso concreto en el que se pudiera incumplir, bajo el pretexto del art.16 Ley 3/2021.

Dentro de este límite, podemos encontrar dos elementos:

-manifestación por escrito. El hecho de que la objeción de conciencia se tenga que manifestar por escrito, provoca que se eviten arbitrariedades en su ejercicio y con ello que se comprometa el derecho a la prestación del servicio. Con esto, también se consigue que una protección jurídica amparada en la misma ley a la persona objetora de conciencia.

Si bien es cierto, puede surgir un problema con respecto a este requisito, y es la posibilidad de que alguno de los profesionales que solicitan la objeción de conciencia no quiera declarar de forma pública esto. Por ello, para dar solución a este problema,

la norma establece la exigencia legal de que la objeción se tiene que proteger con medidas que aseguren la confidencialidad, cumpliendo la regulación vigente en materia de protección de datos.

-carácter anticipado. Con este requisito, se busca organizar y ordenar todas las prestaciones que están recogidas en la ley, de forma que en los servicios sanitarios no se produzcan conflictos entre los profesionales. Es decir, lo que se pretende evitar son tensiones con aquellos profesionales sanitarios que tengan razones de conciencia para negarse a prestar la ayuda médica a morir a aquellos pacientes que la soliciten.

Sin embargo, si no se lleva a cabo esta manifestación anticipada porque no se le ha presentado oportunidad para ello, la ley ofrece la posibilidad de que en el momento en el que se tenga que enfrentar a un caso determinado en el que tenga que alegar su derecho a objeción, se le permita declararse persona objetora en ese mismo momento.

Si es verdad, que esto tiene que hacerse con la mayor prontitud posible tanto a la persona responsable del Servicio como al paciente al que tendría que prestar el servicio, y a su vez, inscribirse en el registro habilitado al efecto, sin olvidar que la inscripción como persona objetora es un hecho revocable.

9. CASOS EN RELACIÓN CON LA EUTANASIA EN ESPAÑA

En primer lugar, vamos a destacar los casos de Ramón Sampedro y de Inmaculada Echevarría, los cuales sucedieron en España antes de la aprobación de la LO 3/2021 de regulación de la eutanasia. Se trata de dos casos, que de haber estado vigente dicha ley en el momento en que estaban vivas estas personas, se habría producido la concesión de la eutanasia para ambas personas.

9.1. Caso de Ramón Sampedro

El caso de Ramón Sampedro resulta muy conocido por ser el primer enfermo que en España luchó por la eutanasia.

El 23 de agosto de 1968, Ramón Sampedro, a los 25 años de edad, quedó tetraplégico de manera irreversible como consecuencia de una rotura en la séptima vertebra al chocar contra la arena cuando se tiró de cabeza al mar. Tras este accidente, quedó tetraplégico, con todo su cuerpo totalmente inmovilizado, a excepción de su cabeza, lo que provocó una dependencia total y absoluta de terceras personas para sus actividades diarias, puesto que no podía valerse por sí mismo. Esto, le provocó numerosos trastornos psíquicos.

Fue a sus 50 años de edad, en abril de 1993, cuando realmente comenzó su lucha activa por solicitar la eutanasia, deseando morir de una manera digna. En esta lucha, destaca en primer lugar, la presentación de una demanda de jurisdicción voluntaria ante el Juzgado de Primera Instancia N°5 de Barcelona donde solicitaba la autorización por parte de su médico para que éste le pudiera administrar un tratamiento que le provocara la muerte. Dicha pretensión la fundamentaba en los preceptos 10, 15 y 24 de la CE, en el 17.3 del Código Civil y también, en la Resolución 613/76 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos. Sin embargo, la petición de Ramón Sampedro queda denegada por falta de competencia territorial por parte del Juzgado de Instrucción para conocer del asunto y por considerar que no se podía tramitar la pretensión de Ramón Sampedro como acto de jurisdicción voluntaria.

Dicha resolución se recurrió ante la Audiencia Provincial de Barcelona en apelación. Sin embargo, los magistrados de la sala desestimaron el recurso, resolviendo en contra de Ramón Sampedro y de la posibilidad de concederle la eutanasia. Al igual que el Juzgado de Instrucción, la Audiencia Provincial también se declaró incompetente para conocer del caso y reafirmó las palabras del Juzgado de Instrucción en lo referente a la imposibilidad de tramitar la pretensión de Ramón Sampedro como acto de jurisdicción voluntaria.

Ante esta resolución de la Audiencia Provincial, Ramón Sampedro decide interponer recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional con la misma pretensión inicial. El Tribunal, resuelve mediante auto (931/1994 sección tercera TC), inadmitiendo el recurso de amparo, y concluyendo en el fallo del auto que no se habían agotado todos los recursos de los que se pueden hacer uso en la vía judicial ordinaria y que carecía de sentido el hecho de acudir a los

órganos jurisdiccionales de Barcelona, cuando el domicilio legal de Ramón Sampedro estaba en La Coruña.

Tras la resolución judicial del TC, Ramón Sampedro recurrió ante la Comisión Europea de Derechos Humanos con la pretensión de querer acabar con su vida de una manera digna. Sin embargo, la Comisión inadmitió el recurso al entender que no se habían agotado todas las vías de recurso españolas.

Como consecuencia de todo esto, y tras cinco años desde la presentación de su primera demanda ante el Juzgado de Instrucción N°5 de Barcelona, Ramón Sampedro decide interponer demanda ante el Juzgado de Primera Instancia N°1 de Noia, el cual, sí tenía competencia territorial para resolver. La petición era la misma que en todas las anteriores: la autorización por parte de su médico para que éste le suministrara un tratamiento que le produjera la muerte, evitando así todo el dolor, sufrimiento y angustia que estaba viviendo como consecuencia de su tetraplejía, y que el médico no tuviera responsabilidad penal. Ante esta pretensión, el Juzgado de Primera Instancia N°1 de Noia concluyó que no tenía que dar por buena la solicitud de Ramón Sampedro.

Contra dicha resolución, interpone recurso de apelación ante la Audiencia Provincial de La Coruña, la cual desestima el recurso, basándose en el artículo 15 CE, el cual, de acuerdo a la interpretación que hace la Audiencia Provincial de La Coruña, no ampara el derecho a la propia muerte. En último término, frente a esta resolución, decide interponer recurso de amparo, en abril de 1997, ante el Tribunal Constitucional.

A todo esto, Ramón Sampedro fallece finalmente el 12 de enero de 1998, mientras el recurso de amparo estaba en tramitación. Manuela Sanlés, quien era su heredera testamentaria, decide continuar con el proceso, solicitando dicha continuación. Sin embargo, el Tribunal Constitucional se la deniega por entender que la interposición del recurso es de carácter personalísimo, y por ello, ante la muerte del demandante, queda extinguido este derecho.

Ante esta situación, Manuela Sanlés decide presentar demanda ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. En dicha demanda, solicita el pleno reconocimiento del derecho a una muerte digna, sin embargo, el Tribunal consideró que la demandante no estaba afectada de forma directa por dichas pretensiones, y que por ello, no podía ser considerada víctima de las presuntas violaciones de derechos que alegaba.

Como consecuencia de esto, Manuela Sanlés decide en el año 2001 acudir ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU, acusando formalmente a España de violar el derecho a la

vida privada sin injerencias externas. El Comité decide inadmitir la demanda argumentando que quién ayudó a morir a Ramón Sampedro no había sido condenada. Y es que la muerte de Ramón Sampedro se produce como consecuencia de la ingesta de cianuro, proporcionado por una tercera persona, Ramona Maneiro, ya que éste se hallaba sin movilidad alguna, a excepción de la cabeza.

9.2. Caso de Inmaculada Echevarría

En el caso de Inmaculada Echevarría ocurrido en el año 2007, tiene lugar la aparición de un doble problema: por una parte, el problema jurídico, y por otra, la cuestión de conciencia, que acabó terminando en institucional.

Inmaculada Echevarría sufría una distrofia muscular progresiva que le hacía estar dependiendo de ventilación mecánica. Fue en octubre de 2006 cuando solicitó a los médicos de su hospital que le sedaran y desconectarán del ventilador.

Partiendo en primer lugar desde la perspectiva jurídica, los pasos que se siguieron fueron los correctos. Primeramente, el personal sanitario que atendía a Inmaculada Echevarría consultó la solicitud del paciente a sus superiores, de tal forma que el Hospital, ante la magnitud del caso pasó de buscar la solución en el Comité ético del propio Hospital, a plantear directamente una consulta jurídica administrativa, la cual fue resuelta por la máxima instancia administrativa de Andalucía, denegando la práctica de la eutanasia, sosteniendo que en caso contrario, se incurriría en un acto delictivo y generando a su vez responsabilidad en el Hospital. Sin embargo, aceptó la desconexión de la máquina de ventilación como algo lícito, en base a entenderlo conforme respecto a la legítima autonomía del paciente.

Respecto a esto, se originó un gran debate, entre aquellos que consideraban que la desconexión no podía considerarse eutanasia, y los que pensaban que sí se trataba de una eutanasia, entre ellos, el hospital donde estaba atendida Inmaculada Echevarría, y que era una institución católica.

Como consecuencia de esto, se planteó una verdadera cuestión de objeción de conciencia institucional. La institución objetora, en este caso el hospital donde estaba Inmaculada Echevarría no podía imponer su solución de no desconectar la máquina de ventilación, en contra de la voluntad de la paciente o del dictamen jurídico de las autoridades andaluzas, sino

que la solución que podía ofrecer era buscar el traslado de Inmaculada Echevarría a otro hospital que no tuviera estas objeciones. Finalmente, esa fue la decisión adoptada e Inmaculada Echevarría fue desconectada de la máquina de ventilación, muriendo en el nuevo hospital al cual le trasladaron.

9.3. Primer caso de eutanasia en España: caso de Eskarne

Desde la entrada en vigor el 25 de junio de 2021 de la LO 3/2021 reguladora de la eutanasia, se han producido en España varios casos de concesión de eutanasia, siendo el primer caso, el de Eskarne, una anciana de 86 años de edad, residente en el País Vasco.

Eskarne falleció el 23 de julio de 2021 cuando por primera vez en España una persona recibe de forma legal la eutanasia. Diez años antes de su muerte, dicha persona registró en el documento de voluntades anticipadas su deseo de morir, de acogerse a la eutanasia. En pleno uso de sus facultades, expresó su deseo de morir como consecuencia de los sufrimientos y dolores que le estaban produciendo su enfermedad y que le llevó a una dependencia en todas sus actividades diarias por su falta de movilidad.

Los facultativos corroboraron que efectivamente, Eskarne, padecía un deterioro cognitivo severo, sin posibilidad de prácticas terapéuticas curativas. Gracias a la entrada en vigor de la Ley reguladora de la eutanasia, se pudo comprobar que Eskarne verdaderamente cumplía todos los requisitos que recogía dicha ley y que por ello, se le podía conceder la eutanasia.

Destacan las ideas que dejó escritas en su testamento vital, defendiendo que para ella, la vida es un valor primordial, entendida como ausencia de sufrimiento y de dependencia en las actividades básicas cotidianas.

El mismo día de la entrada en vigor de la Ley, la familia de Eskarne presentó la solicitud para que le concedieran la eutanasia. Ese 25 de junio de 2021, entregaron al médico de cabecera la solicitud. Sin embargo, resultó ser objetor de conciencia, pero la situación se resolvió rápidamente cuando el Servicio vasco de Salud puso el caso de Eskarne en manos de otro médico, el cual estaba dispuesto a practicar la eutanasia.

Finalmente, tras varios informes médicos y el visto bueno de la Comisión de garantías y evaluación, el 23 de julio de 2021, asistió a Eskarne en el momento de administrarle la sustancia que le provocó la muerte.

10. CONCLUSIONES

1º La cultura de Occidente, y dentro de ella, España, ha estado fuertemente marcada por una cultura de la muerte marcada con la línea de pensamiento de la Iglesia Católica, en la cual, se prohibía rotundamente la práctica de la eutanasia, pues iba en contra del cristianismo y del pensamiento creyente. Si bien es cierto, la sociedad española ha ido cambiando a lo largo de las últimas décadas de pensamiento y de convicciones tanto éticas como morales, pero especialmente en los últimos años. Este cambio se debe también como consecuencia de la menor influencia de la Iglesia Católica en la moral y en el pensamiento de la sociedad española. Ya no están tan presentes entre nosotros los valores del cristianismo y del creyente cristiano.

2º El cambio en nuestra cultura, también se ha visto acompañado por un cambio jurisprudencial, tanto a nivel europeo, como mundial. Las resoluciones jurisprudenciales de las altas instancias de los Tribunales, destacando el TC español, han ido cambiando su argumentación, pasando de considerar la eutanasia como una práctica inconstitucional, y concretamente, un delito, por ir en contra del valor supremo, que es el derecho a la vida; a pasar a resoluciones jurisprudenciales según las cuales se argumentaba que el derecho a la vida no tiene un valor absoluto ni supremo, de forma que puede ceder en algunas circunstancias frente a otros bienes jurídicos protegidos, como por ejemplo la libertad o dignidad de la persona, en definitiva, respecto a ese “derecho a una muerte digna”.

3º Se ha conseguido una Ley de regulación de la eutanasia plenamente compatible con nuestra Constitución Española. La eutanasia se produce en una situación excepcional, de forma que el bien jurídico de la vida cede en favor de la protección de otros bienes jurídicos constitucionalmente protegidos, como son, la libertad, la dignidad o la autonomía de la persona. De esta forma, se entiende que constitucionalmente, no existe un deber de garantizar la vida en todo momento y en todas las circunstancias. Sin embargo, si existe un deber de asegurar la prestación de la ayuda a morir para todas aquellas personas que la soliciten y cumplan los requisitos recogidos en la LORE. Por ello, el debate y la controversia surgida sobre la posible inconstitucionalidad de la LORE se ve solucionado con los nuevos pronunciamientos jurisprudenciales, los cuales fundamentan su línea argumentaria en que la

regulación de la eutanasia en España es plenamente constitucional debido a que se hace a través de derechos constitucionales (autonomía de la persona, dignidad, libertad), y conforme a una regulación con un sistema y un procedimiento con todas las garantías.

4º La reforma de nuestro Código Penal provocada por la LORE constituye un avance en la sociedad, de forma que se consigue poner en práctica ese cambio de pensamiento y de moralidad que se estaba desarrollando en la sociedad española. Con esta modificación, se consigue despenalizar la eutanasia activa directa y voluntaria, siempre y cuando se den los requisitos que la propia LORE recoge a lo largo de su articulado. No se ha llevado a cabo una despenalización total de la eutanasia, sino parcial, ya que, los sujetos que no incurren en responsabilidad penal por practicar la eutanasia son únicamente el médico y el personal sanitario que participe directamente en la prestación de la ayuda a morir. Por tanto, cualquier otra persona que provoque la muerte a un enfermo terminal en una situación de contexto eutanásico, será castigado por el tipo atenuado del artículo 143.4 del Código Penal.

5º Con la aprobación de la LORE, se consigue llegar a un equilibrio entre los que están a favor de la eutanasia y aquellos que están en contra. Antes de la aprobación de esta Ley, cuando la eutanasia era considerada un delito en nuestro Código Penal, los enfermos terminales no podían hacer uso de esta práctica médica, produciéndose numerosas situaciones de dolor y sufrimiento a causa de las enfermedades incurables. Con la aprobación de esta Ley, se consigue que estos enfermos puedan ejercer su derecho a una muerte digna, y también se consigue que aquellas personas objetoras de conciencia, en contra de la eutanasia, no tengan que intervenir en el proceso, de forma que se consigue el equilibrio entre ambas partes: el derecho a una muerte digna de los que desean morir y el derecho a objeción de conciencia de los que no quieren ir en contra de sus convicciones morales y personales.

11. BIBLIOGRAFÍA

COMITÉ DE BIOÉTICA DE ANDALUCÍA, “Objeción de conciencia en eutanasia y suicidio asistido”, Informe de la Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía, abril de 2021.

ESCRIVÁ IVARS, J., “La objeción de conciencia al uso de determinados medios terapéuticos”. Actas del VI Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado; 1993; Valencia, España; pp.113-135.

GAFO, J., “Bioética Teológica”, Universidad Pontificia de Comillas, Desclée de Brouwer, 2003, pp.256-287.

GAFO, J., “La eutanasia. El derecho a una muerte humana”, Madrid, 1989.

GAFO, J., “La eutanasia y el derecho a morir con dignidad”, Madrid, 1984.

GRACIA ARNILLAS, R. M., “Estado actual de la objeción de conciencia sanitaria en la mitad oriental de la provincia de Huesca”. Tesis de la Universidad de Zaragoza, 2015.

HERVADA, J., “Libertad de conciencia y error sobre la moralidad de una terapéutica. En Persona y Derecho” 1984, pp.13-53.

MIR TUBAU, J., BUSQUETS, E., “Eutanasia y suicidio asistido: ¿por qué sí o por qué no?”. Revista Más allá de la noticia, Instituto Borja de Bioética, Llobregat, enero-marzo 2005.

PAREJO GUZMÁN, M. J., “La eutanasia, ¿un derecho?” Cizur Menor (Navarra). Thomson Aranzadi. 2005

REY MARTÍNEZ, F., “Eutanasia y derechos fundamentales”. Madrid: CEPC, 2008.

REY MARTÍNEZ, F., “La ayuda médica a morir como derecho fundamental. Comentario crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de febrero de 2015, asunto Carter v. Canadá.” Biolaw Journal – Rivista di Biodiritto. N°2, 2015.

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., “Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época”, Vol.9, Madrid, 2008, pp.501-525.

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J.M., “Libertad y conciencia en el ejercicio de las profesiones sanitarias”, Madrid, pp.39-49.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C., “La cooperación al suicidio y la Eutanasia en el nuevo Código Penal, art.143”, Valencia: Tirant lo Blanch. 2000.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C., “La regulación de la eutanasia en Holanda”, ADPCP, 1997, pp.293-321

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Carmen. “Perspectivas sobre la regulación de la eutanasia en España”, Universidad de Valencia. 2005.

12. WEBGRAFÍA

Clarín Mundo. La eutanasia ya no se debate en Bélgica, 19 años después de su aprobación. Disponible en:

https://www.clarin.com/mundo/eutanasia-debate-belgica--19-anos-despues-aprobacion_0_jo_D47ICZ.html#:~:text=El%20Parlamento%20belga%20aprob%C3%B3%20la,no%20escucha%20en%20el%20pa%C3%ADs. [Consulta: 25/06/2022]

El Confidencial. El derecho al suicidio asistido en Suiza atrae al “turismo de la muerte”. Disponible en:

https://www.elconfidencial.com/mundo/2016-07-05/eutanasia-suiza-turismo-muerte_1227670/ [Consulta: 25/06/2022]

El País. Primer caso de eutanasia en España. Disponible en:

<https://elpais.com/sociedad/2021-08-01/no-es-facil-morir-asi-pero-ella-ya-no-estaba-en-esta-vida-y-no-queria-estar.html> [Consulta: 01/07/2022]

La Vanguardia. Luxemburgo aprueba la legalización de la eutanasia. Disponible en:

<https://www.lavanguardia.com/vida/20080220/53437877981/luxemburgo-aprueba-la-legalizacion-de-la-eutanasia.html> [Consulta: 25/06/2022]

13. LEGISLACIÓN

Alemania. Constitución Alemana, de 23 de mayo de 1949.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm.311.

España. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado núm.72, de 25 de marzo de 2021.

España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado núm.281, de 24 de noviembre de 1995.

Italia. Constitución Italiana, de 22 de diciembre de 1947.

14. JURISPRUDENCIA

Canadá. Tribunal Supremo. Caso Sue Rodriguez vs. The Attorney General of Canada and the Attorney General of British Columbia, de 30 de septiembre de 1993.

Estados Unidos. Tribunal Supremo. Asunto *Vacco vs. Quill* de 1997.

Estados Unidos. Tribunal Supremo. Asunto *Washington vs. Glucksberg*, de 1997.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.15/1982, de 23 de abril.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.19/1985, de 13 de febrero.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.35/1985, de 7 de marzo.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.53/1985, de 11 de abril.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.160/1987, de 27 de octubre.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.161/1987, de 27 de octubre.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.120/1990, de 27 de junio.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.137/1990, de 19 de julio.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.48/1996, de 25 de marzo.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.119/2001, de 24 de mayo.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.220/2005, de 12 de septiembre.

España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm.160/2007, de 2 de febrero.

Francia. Tribunal Europeo de Derecho Humanos. Asunto Haas c. Suiza, de 20 de enero de 2011.

Italia. Corte Constitucional. Caso Cappato, Sentencia núm.207/2018, de 16 de noviembre.