



Universidad de Valladolid

Facultad de Derecho

Grado en Derecho

Valoración sobre la constitucionalidad de la nueva Ley de eutanasia

Presentado por:

Sandra Rodríguez Blach

Tutelado por:

Fernando Rey Martínez

Valladolid, 1 de septiembre 2022

RESUMEN

El derecho es un mecanismo utilizado en la sociedad con el fin de alcanzar una armonía entre los elementos esenciales que configuran cualquier democracia, por una parte “Estado” y por otra “Nación.”

Con el apoyo parlamentario de 198 votos a favor (PSOE, Podemos, BNG, ERC, Junts Per Catalunya, Más País, Bildu, PNV y Ciudadanos) y 138 en contra (PP, VOX y VPN) se aprobó la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, tras más de diecisiete iniciativas parlamentarias a lo largo de las últimas décadas, cuyo objeto fue dar una respuesta eficiente y garantista a las necesidades sociales del momento.

La confrontación principal que ha generado incluir la normativa en nuestro ordenamiento ha girado en torno a valores jurídicos, cuestionándose la capacidad propia de la persona a decidir sobre su vida. También, se ha originado un miedo a que pueda darse la posibilidad de que perjudique a la sociedad y venga a poner en riesgo el derecho a la vida. Su fundamento se podría sintetizar en la concepción del derecho a la vida (artículo 15 CE) cómo derecho supremo y absoluto. Así lo viene manifestando, por un lado, la Iglesia Católica a lo largo de la historia penando a los suicidas o a sus familiares en el medievo.

El presente trabajo se centra en la reciente Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. El objeto principal es realizar un análisis con el fin de comprobar si nos encontramos ante una Ley ajustada a Derecho o, en su caso, debe ser expulsada por el poder judicial del ordenamiento jurídico. Actualmente, penden sobre la nueva Ley dos recursos de inconstitucionalidad promovidos por PP y VOX.

En las primeras páginas, se delimitará el concepto “eutanasia” y sus diversas modalidades para precisar el término y diferenciarlo de otros conceptos con los que comparte algunas similitudes. También se mencionarán los diferentes argumentos que se han discutido en el Parlamento durante las últimas décadas. Y, antes de iniciar el análisis de la Ley y del “Manual de

Buenas Prácticas de Eutanasia” se comentará la modificación penal para encajar la prestación de ayuda para morir en nuestro ordenamiento.

Para una mejor apreciación de los elementos en los que gira la nueva figura, la Ley será analizada por los Títulos en los que se ha estructurado, al igual que el Manual.

El trabajo finalizará sentenciando y argumentando porqué la nueva norma debe ser declarada constitucional tras tener presente, también, la perspectiva del Comité de Bioética de España.

ABSTRACT

The law is a mechanism used in society to achieve harmony between the essential elements that make up any democracy, on the one hand "State" and on the other "Nation."

With the parliamentary support of 198 votes in favor (PSOE, Podemos, BNG, ERC, Junts Per Catalunya, Más País, Bildu, PNV and Ciudadanos) and 138 against (PP, VOX and VPN), Organic Law 3/2021 was approved, of March 24, regulating euthanasia, after more than seventeen parliamentary initiatives over the last decades, whose purpose was to provide an efficient and guaranteeing response to the social needs of the moment.

The main confrontation that has generated including the regulations in our system has revolved around legal values, questioning the person's own ability to decide on their life. Also, a fear has arisen that it could harm society and put the right to life at risk. Its foundation could be synthesized in the conception of the right to life (article 15 CE) as a supreme and absolute right. This is how it has been manifested, on the one hand, by the Catholic Church throughout history punishing suicides or their relatives in the Middle Ages.

The present work focuses on the recent Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia. The main objective is to carry out an analysis in order to verify if we are facing a Law adjusted to Law or, where appropriate, it must be

expelled by the judiciary from the legal system. Currently, two appeals of unconstitutionality promoted by PP and VOX are pending on the new Law.

In the first pages, the concept of "euthanasia" and its various modalities will be delimited to specify the term and differentiate it from other concepts with which it shares some similarities. The different arguments that have been discussed in Parliament during the last decades will also be mentioned. And, before beginning the analysis of the Law and the "Manual of Good Euthanasia Practices", the penal modification will be commented to fit the provision of help to die in our legal system.

For a better appreciation of the elements in which the new figure revolves, the Law will be analyzed by the Titles in which it has been structured, as well as the Manual.

The work will end by sentencing and arguing why the new norm should be declared constitutional after also bearing in mind the perspective of the Bioethics Committee of Spain.

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	<i>páginas 8-20</i>
a. <i>Definición</i>	<i>páginas 8-12</i>
b. <i>Caracteres</i>	<i>páginas 12</i>
c. <i>Diferentes perspectivas</i>	<i>páginas 12-20</i>
i. <u>Argumentos en contra</u>	<i>páginas 13-17</i>
ii. <u>Argumentos a favor</u>	<i>páginas 17-20</i>
d. <i>Diferencias con otras figuras</i>	<i>páginas 21-25</i>
i. <u>Suicidio</u>	<i>páginas 21-24</i>
ii. <u>Homicidio y asesinato</u>	<i>páginas 24-25</i>
2. MODALIDADES	<i>páginas 26-27</i>
3. LA PERSPECTIVA PENAL	<i>páginas 28-30</i>
4. ANÁLISIS DE LA LO 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	<i>páginas 31-46</i>
a. <i>Preámbulo</i>	<i>páginas 31-33</i>
b. <i>Disposiciones Generales</i>	<i>páginas 33-35</i>
c. <i>Derecho a solicitar la prestación</i>	<i>páginas 35-37</i>
d. <i>Procedimiento</i>	<i>páginas 37-40</i>
e. <i>Garantías</i>	<i>páginas 40-42</i>
f. <i>Comisión de Garantía y Seguridad</i>	<i>páginas 42-43</i>
g. <i>Disposiciones Adicionales</i>	<i>páginas 43-44</i>
h. <i>Disposición Transitoria</i>	<i>página 44</i>
i. <i>Disposiciones Finales</i>	<i>páginas 44-46</i>
5. MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS	<i>páginas 47-56</i>
a. <i>Contenido</i>	<i>páginas 47-53</i>
b. <i>Naturaleza jurídica</i>	<i>páginas 53-56</i>
6. RECURSOS DE INCONSTITUCIONALIDAD	<i>páginas 57-59</i>
7. COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA	<i>páginas 59-60</i>
8. ¿ES LA LEY ORGANICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, ¿DE REGULACION DE LA EUTANASIA INCONSTUTIVONAL?	<i>páginas 61-70</i>

9. CONCLUSIÓN	<i>páginas 71-72</i>
FUENTES JURIDICAS	<i>páginas 73-75</i>
BIBLIOGRAFIA	<i>páginas 76-77</i>
WEBGRAFÍA	<i>páginas 78-79</i>
ANEXOS	<i>páginas 80-81</i>

INTRODUCCIÓN

1. Definición:

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia reconoce en nuestro ordenamiento jurídico una necesidad social que se ha estado discutiendo en los últimos años en el Parlamento al ir apareciendo en la sociedad diversos casos como el de Inmaculada Echevarría o María José Carrasco que reclamaban instaurar la eutanasia en España.

El concepto “*eutanasia*” deriva de dos vocablos griegos “*eu*” (bueno) y “*thanatos*” (muerte) cuya unión deriva en “*buena muerte*.” Su contenido se ha ido precisando a lo largo de las épocas. En sus orígenes, la sociedad utilizaba este término para hacer alusión a cualquier muerte considerada en aquella época como digna, asumida o gloriosa. La buena muerte era perecer en batalla, por ejemplo. Entre los SS. II – XVI se empezó a perfilar el contenido del término incluyendo la existencia de motivos piadosos que promueven la acción de matar a alguien para aliviar su dolor. A partir de este momento, los motivos piadosos se han mantenido presentes para justificar la acción, pero se ha precisado el ámbito de actuación para garantizar seguridad a la población.

Actualmente, aunque existen diversas definiciones del concepto. La RAE, por ejemplo, define la eutanasia como la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura. Por otro lado, la OMS, define el término como “*la acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.*”¹ Otra definición la ofrece el Instituto Nacional del Cáncer en cuyo Diccionario del cáncer define la eutanasia como la muerte fácil o sin dolor, o la terminación intencional de la vida de una persona que padece una enfermedad incurable o dolorosa, a solicitud del paciente.

Para poder iniciar un debate y alcanzar un consenso es necesario en primer lugar precisar el contenido para que se parta del mismo concepto.

¹ Associació Catalana d'Estudis Bioètics (ACEB). Razones del “no” a la eutanasia. Pág. 1.

La definición de la cual debemos partir, al ser la más precisa, es la recogida en el Preámbulo de la LORE. Define la eutanasia como “*el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.*”

Precisado el significado del concepto, ahora se debe tener presente los diversos estudios que se han realizado en los últimos años por organismos estatales para conocer datos que permitan al legislador tener presentes las necesidades de la sociedad. En el año 2009² el INE recogió información sobre la perspectiva que pacientes con enfermedades terminales tenían sobre la Sanidad Pública y las prestaciones sanitarias. En una de las preguntas del cuestionario se hacía alusión a la eutanasia. Al plantearles la alternativa de que la población española tuviera acceso a una prestación que permitiera elegir al paciente solicitar una muerte sin dolor ni sufrimiento el 80.9% respaldó tal propuesta. La siguiente pregunta directamente por la eutanasia y el 63.3% de los pacientes respaldaban su legalización. En enero de 2021³, se volvió a realizar una encuesta a la población sobre la introducción de la eutanasia en nuestro ordenamiento jurídico. El 90.3% de los encuestados estaban al corriente de la nueva legislación y el 72.3% estaba a favor de su legalización en España.

La reciente promulgación de la ley ha colocado a España como cuarto país en la UE en reconocer la eutanasia en el ordenamiento jurídico y es el séptimo país en el mundo tras Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia y Nueva Zelanda. Aunque todos estos países comparten como llave maestra que abre el proceso la existencia de una enfermedad que irradie un dolor intolerable para el paciente cada país ha integrado la nueva figura jurídica en su ordenamiento de diferente manera. En Canadá, por ejemplo, aunque continúe tipificado como delito la cooperación se legalizó la ayuda a morir con la aprobación de el “*Medical assistance in dying*” en 2016 que permitía solicitar ayuda médica para morir. La legislación fue exigida por la Corte canadiense⁴, la cual creó un nuevo derecho para el paciente cuando se encontrara en un

² Estudio n.º 2.803. Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal. Mayo-junio 2009.

³ Estudio n.º 3307. Barómetro de enero de 2021. Distribuciones marginales. Enero 2021.

⁴ Sentencia Carter v. Canadá, de 6 de febrero de 2015.

contexto eutanásico (enfermedad, dolor intolerable etc.). El argumento jurídico de la Corte era que la autonomía del paciente permitía escoger al paciente mayor de edad rechazar un tratamiento médico. Siendo lógico que esta capacidad de decisión derivada de la autonomía del paciente cubriera sus deseos de morir también.

España ha tenido en observancia a la hora de legislar los resultados y la adaptación social tras la introducción de la eutanasia en otros países permitiendo al legislador elaborar una ley garantista que controle la pendiente resbaladiza y se adecue a las necesidades que se han venido presentando en nuestro país.

Los países que han aprobado una legislación relativa a la eutanasia han tenido presente determinados derechos como la vida, la dignidad o la libertad personal y bienes jurídicos que debe preservar el Estado como la autonomía del paciente. Tienen una concepción restrictiva del derecho a la vida mientras que en aquellos países que han permanecido contrarios se centran en proteger la vida a toda costa, es decir, predomina la concepción absolutista que no admite restricciones por parte de otros derechos o bienes jurídicos. Otorgar al derecho a la vida preeminencia por ser soporte físico del cual emanan los demás derechos justifica que la vida goce de carácter supremo y absoluto siendo indisponible incluso para el propio ciudadano. Sin embargo, aunque estos países recojan la eutanasia como hecho punible, los tribunales a la hora de imponer la pena invocan atenuantes al existir motivos piadosos. Claro ejemplo, España antes de promulgar la Ley en el artículo 143.2 CP se punía la cooperación directa con penas de prisión de 2 a 5 años.

Aunque la Ley recoja la figura como una prestación a solicitar ayuda para morir, nos encontramos ante la legalización de la eutanasia directa. La controversia se ha generado al ser la muerte un tema que genera incomodidad a la tensión por la posibilidad de que derive en el fenómeno denominado como "*pendiente resbaladiza*". Otros motivos por los cuales se rechaza la figura es poner en riesgo el principio de confianza que rige en las relaciones entre paciente y médico, normalizar el homicidio, impedir el avance médico o sustituir

los cuidados paliativos por la eutanasia. En el ámbito jurídico, la controversia proviene de reconocer o no capacidad al titular sobre su propia vida.

Se está dejando atrás la concepción ética tradicional que tenía como principio general la indisponibilidad de la vida. Esto ha facilitado normalizar en la sociedad una concepción absolutista de la vida por ello la sociedad reprocha aquellos comportamientos orientados a acabar con la vida de alguien. Sin embargo, la sociedad moderna, ha adoptado una concepción que propugna como principio general sobre la vida digna, es decir, se requiere que la vida tenga una determinada calidad para poder considerarla como tal. A pesar de que la concepción moderna está ganando terreno, no desbanca la concepción tradicional que continúa vigente en extractos de la sociedad, de ahí proviene la controversia.

En el plano internacional, en el Convenio de Protección de los Derechos Humanos y Libertades de 1950 establece una concepción absolutista de la vida en su artículo 2, el cual recoge que *“nadie puede ser privado de su vida intencionadamente.”* Ahora bien, habría que preguntarse si protege ante todo acto intencionado o debe diferenciarse y aceptarse cuando concurren motivos piadosos. Por eso la jurisprudencia se está alejando de la línea absolutista que sigue la legislación. El Tribunal de Estrasburgo⁵ que reconoció el derecho a decidir cómo y cuándo morir al interpretar el art. 8 del Convenio de Roma, el cual establece que *“toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar...”*, no obstante, matiza que tal derecho puede ser limitado por los ordenamientos nacionales siempre y cuando apliquen la proporcionalidad. Los Estados miembros de la UE gozan de un amplio margen a la hora de legislar o emitir sentencias sobre la eutanasia porque el Tribunal de Estrasburgo no se ha decantado rotundamente por su prohibición o aceptación, sino que únicamente exige a los Estados establecer una legislación concisa y adopte

⁵ Caso Pretty v. Reino Unido, de 20 de abril de 2002.
Caso Haas v. Suiza, de 20 de enero de 2011.
Caso Koch v. Alemania, de 19 de julio de 2021.
Caso Gross v. Suiza, de 14 de mayo de 2013.

aquellas garantías necesarias para proteger la vida debido a que es necesaria para el nacimiento de los demás derechos del ciudadano⁶.

2. Caracteres:

El Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia define la eutanasia como “...*el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.*” Los elementos clave que podemos extraer de la definición para poder delimitar el ámbito de aplicación de la LORE son los siguientes:

- Acto intencionado y voluntario.
- Obtener con la acción la muerte.
- Presencia de personal sanitario.
- Consentimiento expreso.
- Capacidad o, en su defecto, voluntades anticipadas.
- Mayoría de edad.
- Existencia de una enfermedad.
- Evitar un sufrimiento.

En caso de que alguno de los mismos no se dé no nos encontramos en el contexto eutanásico en España siendo punible la actuación por nuestra legislación penal.

3. Diferentes perspectivas:

La introducción de la eutanasia y el cambio de mentalidad ha generado un debate sobre si la figura tendrá consecuencias nefastas o, en cambio, será una vía utilizada para obtener paz.

⁶ Rey Martínez, F. (2020). El suicidio asistido en Italia: ¿un nuevo derecho? Teoría y Realidad Constitucional (46). Págs. 15-20.

1. ARGUMENTOS EN CONTRA:

1. La “*pendiente resbaladiza*” o las consecuencias negativas que puede derivar de la legalización de la eutanasia:

El temor a la posibilidad de que la adopción de la legislación eutanásica fomente el fenómeno “*slippery slope*” se ha generado a raíz de haber contemplado la evolución de la legalización de la eutanasia en otros países como, por ejemplo, en los Países Bajos, primer país en el ámbito europeo que aprobó la muerte asistida en 2002.

Con el transcurso de los años, el ámbito de aplicación se ha ido extendiendo, cubriendo otras situaciones que pueden poner en riesgo el derecho a la vida normalizando una muerte anticipada y artificial en la sociedad.

La normativa se ha ido flexibilizando. Actualmente, permite acceder al proceso eutanásico a los mayores de 12 años y a bebés menores de un año cuando exista consentimiento de sus progenitores. También se admite acogerse a la eutanasia cuando se padecen enfermedades o incapacidades psíquicas.

Uno de los casos más conocidos fue el de Aurelia Brouwers de 29 años que solicitó la eutanasia alegando motivos psicológicos que le hacían la existencia insoportable. Presentaba un cuadro clínico caracterizado por ansiedad, depresión y psicosis. Este caso pone de relieve que el consentimiento informado del paciente y su declaración de voluntad para presentar solicitud y proseguir con el proceso eutanásico puede estar viciado por el estado psicológico del paciente. Un cuadro clínico depresivo como el de la señora Brouwers la haría incapaz a la hora de emitir consentimiento informado y deliberado al no poder considerarse como persona con capacidad plena para adoptar esta situación.

La extensión a otros supuestos del ámbito de aplicación fue criticada porque se debería exigir la necesidad de agotar todas las vías posibles para superar la limitación psicológica. Así ha sostenido Frank Koerselman, al afirmar

ante el BBC News que las enfermedades psicológicas *“no se pueden tratar como una infección, es como la diabetes: tienes la enfermedad, la tendrás por el resto de tu vida, pero nosotros, como médicos, vamos a hacer lo posible para que seas capaz de vivir con ella.”*⁷

2. Pone en riesgo el avance médico:

Los motivos económicos⁸ también son traídos a coalición para oponerse a la eutanasia. Legalizar la prestación de ayuda para morir puede suponer el incremento de pacientes que se acojan a esta práctica, la cual es más económica en relación con la innovación e investigación, para eliminar los terribles padecimientos que condicionan a los pacientes a nivel vital.

Una vez normalizada la eutanasia sería innecesario continuar invirtiendo recursos económicos a hospitales, centros de salud, centros de investigación y desarrollo al existir una alternativa más eficaz que requiere menos recursos para llevarla a cabo. Teniendo una solución legítima e irreversible no sería necesario desarrollar o investigar otras alternativas que no son tan eficaces a la hora de ofrecer al paciente una vida sin limitaciones y dolores intolerables.

Sería innecesario volcar esfuerzos o recursos en el ámbito médico al existir una solución más eficaz, económica y aceptada por la sociedad.

3. Motivos eugenésicos:

Según Durkheim algunos pueblos en la edad primitiva como los pueblos daneses *“...consideraban una vergüenza morir de manera natural...”* por ello, muchos ancianos, cuando *“estaban cansados de la vida”* se precipitaban de la *“Roca de los abuelos.”* En la misma línea la costumbre esquimal mantenía que *“...no se puede mantener a miembros improductivos de la sociedad.”*⁹ Esto alimentaría la teoría de que existe una eutanasia eugenésica. El argumento

⁷ Linda Pressly. BBC News, Holanda. 9 de agosto de 2018.

⁸ El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas, Sistemas de Garantía y encuesta de validación. José Francisco Gimbel García, Ed. INAO, 1ª Edición, 2020. Pág. 22 pto. 5.

⁹ Durkheim, Emile. El suicidio, pp.224-226, Ed. Arkai. 1985.

principal es el incremento de la esperanza de vida de la población.¹⁰ Esto provocaría una presión sanitaria que los Estados deben soportar al tener una demografía envejecida pudiendo “...obligar a prescindir de las vidas de los ancianos y de los discapacitados, lo que ya ocurrió en la Alemania nazi y lo que está ocurriendo en países como Holanda.”¹¹

4. Rompe con el principio de confianza médico-paciente:

El principio de confianza se gestó en Alemania a mediados del siglo XX. Su origen deriva del tráfico viario y con el transcurso de las décadas se ha ido extendiendo a otros sectores. De creación jurisprudencial este principio viene a determinar la responsabilidad derivada por imprudencia y a delimitar la conducta típica pudiendo catalogarla como punible o irrelevante.

En el sector sanitario, el principio de confianza médico-paciente es definido en el Código de Deontología médica de la siguiente manera: “*haz que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones.*”¹²

Este principio en el ámbito penal permite excluir la responsabilidad penal de todas aquellas acciones u omisiones que haya realizado el sanitario al considerarlas irrelevantes porque existe un vínculo de confianza por el cual, el paciente, delega en el equipo sanitario aquello relacionado con su salud y bienestar y, para que esta relación funcione, el sanitario tiene el deber de no actuar de una manera que genere un riesgo o concluya en un resultado lesivo. Es decir, debe actuar con la debida diligencia a la hora de ejercer el cargo que ostenta debiendo ser transparente con la información y ofreciendo los tratamientos más adecuados, pero sin influir en la decisión del paciente.

La figura del médico en el proceso eutanásico es de vital importancia debido a que es un sujeto que puede ser eximido de responsabilidad penal siempre y cuando sus actuaciones u omisiones no se hayan ejecutado de

¹⁰ Anexo I.

¹¹ L. Á. Vega. La Nueva España. 12 de octubre de 2020. Opinión de la eutanasia del jurista Bernal del Castillo. Pág. 5.

¹² Código de Deontología Médica, Guía Ética Médica, Julio 2011. Oración De Maimonides.

forma descuidada, es decir, el único supuesto en el cual el equipo sanitario puede ser punido es cuando su comportamiento carece de cuidado a la hora de cumplir con sus obligaciones produciendo un error que genera daños al paciente.

5. No protege a los vulnerables:

Las presiones externas del paciente pueden alterar su percepción y se puede llegar a sentir una carga para su entorno. Despenalizar la eutanasia no supone una protección, sino que normaliza el suicidio en los casos donde el individuo está sufriendo física y psicológicamente al considerarse un lastre para sus seres queridos. El tener que depender de ellos para realizar tareas cotidianas como cocinar, ducharse, caminar, hablar, moverse etc. o que sus seres queridos presencien su sufrimiento de manera impotente son motivos más que suficientes para que el paciente se decante por acogerse a la vía eutanásica.

6. Desincentivar los cuidados paliativos:

Los cuidados paliativos pretenden mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades graves y paliar los efectos secundarios de los tratamientos a los que se tienen que someter por su condición.

Tienen su origen en los años 60 en la figura de los “*hospices*” ingleses, lugares donde se daba cobijo a mendigos y peregrinos. Con carácter general, la medicina paliativa se utiliza con pacientes que padecen enfermedades terminales caracterizadas por los siguientes rasgos:

- Avanzada, progresiva y no responde a los tratamientos.
- Pronóstico de vida breve (6 meses).
- Síntomas intensos, duraderos y con una evolución inestable.
- Genera un impacto emocional en el paciente y su entorno por la presencia de la muerte.

En España, la medicina paliativa se define en el art. 5.3 la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, como un conjunto de acciones con el objetivo de reducir el dolor principalmente cuando el paciente no responde de manera beneficiosa al tratamiento.

Tanto la eutanasia como los cuidados paliativos tiene como fin aliviar el dolor intolerable que sufre el paciente. Por lo tanto, encuentra su fundamento también en motivos piadosas, aunque la principal diferencia con la eutanasia es que, la medicina paliativa, tiene como objetivo aliviar la situación de dolor mientras que la eutanasia pretende poner fin a tal situación.

La eutanasia no viene a sustituir los cuidados paliativos, sino que introduce en nuestro ordenamiento para incrementar las alternativas del paciente. Además, los cuidados paliativos se vinculan con la eutanasia pasiva indirecta porque el médico no tiene como fin la muerte sino mitigar el dolor del paciente el cual ha rechazado alargar su vida con otros tratamientos que no han tenido una respuesta positiva.

En ambos casos, la muerte del paciente es inevitable y tienen como objetivo aliviar el dolor.

2. ARGUMENTOS A FAVOR:

1. **Derecho a una vida y muerte digna:**

La sociedad democrática moderna ha extendido la dignidad a todas las esferas del hombre como un valor añadido.

Conjugar el derecho a la vida, art. 15 CE, con el derecho a la dignidad, art. 10 CE, ha configurado una nueva concepción en la sociedad moderna. El derecho a la vida no debe centrarse únicamente en defender la existencia biológica únicamente porque, a diferencia de otros animales, somos seres racionales y conscientes, por ello, se ha exigido que la vida debe tener un mínimo de calidad y, el Estado, obligado a promover dichas condiciones debe centrar sus esfuerzos en promulgar legislación que garantice una vida digna.

La perspectiva negativa del derecho a vivir es un “... *derecho a morir dignamente...*” el cual permite establecer “...*los límites aceptables de deterioro de su autonomía y calidad de vida.*”¹³ Este derecho se encuentra en la esfera privada del ciudadano debiendo evitarse cualquier injerencia o limitación por parte de terceros o poderes públicos.

2. Autonomía del individuo en el ámbito sanitario:

La Ley 3/2001, de 28 de mayo, y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica, introdujeron en España la autonomía del paciente en ámbito sanitario, reconocido originariamente en la Carta de Derechos Fundamentales de la UE y en el Convenio de Oviedo en 1997. Esto supone que debe prevalecer en todo caso las preferencias del paciente en relación con decisiones sobre su propia salud.

No obstante, se han dado supuestos excepcionales que han limitado este derecho a la autodeterminación como, por ejemplo, la Sentencia 120/1990, de 27 de junio sobre asistencia médica a reclusos en huelga de hambre, la cual admitió la intervención del órgano penitenciario para evitar la muerte de los reclusos porque estos no tenían la voluntad de matarse y porque están sujetos a la Administración por una relación especial que exige su custodia y el cuidado de su salud. Sin embargo, el voto particular del Magistrado Jesús Leguina Villa manifiesta que no respalda la actuación de la administración penitencia por encontrarse los reclusos sujetos a una relación especial porque si no están “...*en juego derechos fundamentales de terceras personas, ni bienes o valores constitucionales que sea necesario preservar a toda costa, ninguna relación de supremacía especial –tampoco la penitenciaria– puede justificar una coacción...*” El Magistrado, observa una vulneración a la libertad personal y a la autonomía de la voluntad al realiza una interpretación amplia del artículo 17 de la Constitución española entendiendo que hace alusión también a la “*libertad física.*”

¹³ Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y deliberación, del 30 de septiembre de 2020. Pág. 16.

3. Motivos piadosos:

Argumento que mayor peso tiene y es el que en la mayoría de los casos se utiliza para defender la despenalización de la eutanasia en los diversos ordenamientos jurídicos. La razón de ser de la eutanasia es librar del sufrimiento y del dolor al enfermo.

4. Disponibilidad de la propia vida:

La jurisprudencia española se ha decantado por una posición que reconoce preeminencia del derecho a la vida por considerarse un derecho necesario para que existan los demás derechos y libertades. Los tribunales se han ido flexibilizando con el transcurso de los años al evolucionar su concepción sobre la muerte.

La muerte ha sido tema tabú porque genera incomodidad, sin embargo, es el destino que le espera a todo ser. Esta tendencia no siempre fue así, ha ido evolucionando a medida que avanzamos en la historia.

En la cultura romana, la muerte era el pan de cada día debido a la existencia de plagas, guerras, inexistencia de fármacos o higiene. Por ello, la sociedad interiorizaba la muerte y la asumía como su destino.

Con la llegada de la edad media, SS. XII-XVII, la muerte era temida por el juicio final que juzgaría a la persona de si se comportó de manera benevolente o maliciosa en su vida.

Con el transcurso de los años, la sociedad invirtió¹⁴ esta concepción de la muerte. La suprimieron del vocabulario sustituyéndola por el término vida. Esta época coincide con la promulgación de los diversos Convenios internacionales que imponían la obligación a los Estados Parte a proteger la vida de sus súbditos. Y, hoy, la muerte se ha normalizado mediante su uso reiterado en películas, series, videojuegos, noticias etc. Pero ¿la hemos asumido como destino o nos parece algo que existe, pero no nos afecta?

¹⁴ Artículo "La enfermedad terminal: la muerte y los cuidados paliativos." Departamento de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia. Revista de Psicología de la Salud (13,2). 2001.

Actualmente los poderes públicos tienen la obligación de preservar la vida frente a terceros, pero no puede sustituir la voluntad del propio titular en el ejercicio del derecho. Dicha obligación conlleva que el derecho a la vida deba protegerse frente a intromisiones de terceros, así lo señala reiterada jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo al considerar que se vulnera el artículo 8 del Convenio de Roma al no tener presente la libre decisión cuando es capaz de disponer de su vida porque en caso de que el Estado imponga la obligación al ciudadano de preservar su vida a toda costa atentaría contra la libertad privada.

DIFERENCIAS CON OTRAS FIGURAS:

Existen figuras que comparten rasgos con la eutanasia, es decir, todas tienen como nota común poner fin a la vida de una persona de manera anticipada:

a. Suicidio:

El suicidio es un acto por el cual una persona se quita su propia vida. A lo largo de las décadas se ha incrementado el número de personas que se suicidan. En 2006¹⁵ se dieron un total de 2.017 suicidios en España siendo un fenómeno más propenso en el varón (1.480) y a medida que se incrementa su edad y empiezan a aparecer enfermedades relacionadas con la edad. Una década después, los datos verifican el incremento de supuestos de suicidio, pasando de 2.017 a 3.697. El grupo masculino continúa siendo el más propenso a tomar esta decisión entre los 30 a 40 años (452) y entre los 50 a 60 años (421).¹⁶

El suicidio ha sido reprobable desde sus orígenes al considerarse un comportamiento cobarde. Aristóteles afirmaba que el suicidio es “...una cobardía...para eludir cualquier tipo de privación o sufrimiento.”¹⁷

También la religión católica rechaza el suicidio al considerarlo “...como expresión del desprecio del hombre hacia la voluntad divina.”¹⁸ Dios nos regala la vida, no es nuestra, no podemos disponer libremente de ella. Esto justifica que, en el Concilio de Artes 425, se configurase el suicidio como crimen al cual se le aparejaba una pena muy rigurosa. Se prohibía enterrar en camposanto al suicida y se excomulgaba.

Se diferencia de la eutanasia en que, en primer lugar, la persona padece una enfermedad que irradia un dolor intolerable al paciente y, en segundo lugar, requiere la intervención de profesionales sanitarios y que se cumplan los

¹⁵ Anexo II. Pág. 76.

¹⁶ Anexo III. Pág. 77.

¹⁷ Ética Nicómaco, Centro de Estudios Constitucional de Madrid, 1981, pp. 87-88.

¹⁸ Juanatey Dorado, Carmen. Derecho, suicidio y eutanasia, Ministerio de Justicia de España, 2000. Pág. 50.

requisitos establecidos en la Ley que delimita el contexto eutanásico. Esto permite decidir en todo momento al paciente sobre su devenir y permite que se sienta apoyado por su entorno más íntimo y “...vivir acompañado hasta el final...”¹⁹ mientras que el suicidio, al ser un comportamiento reprochable socialmente, se realiza en soledad irradiando dolor psicológico a la persona que toma dicha decisión.

Aprobar la eutanasia en España a parte de fortalecer la autonomía del paciente elimina la situación de estrés, ansiedad o cualquier malestar psicológico porque no se está actuando de una manera ilegítima y contamos con el apoyo social, familiar, médico y estatal.

Actualmente el suicidio es un acto jurídicamente atípico. No se puede punir porque se estaría vulnerando la autodeterminación de la persona y el reconocimiento de disponer de la vida propia. A parte de que una vez extinguida la persona desaparece la responsabilidad criminal derivada del acto, así lo recoge el artículo 130.1 CP.

Además, la jurisprudencia del Alto Tribunal incluye esta disponibilidad del propio titular dentro del “*agere licere*”²⁰ personal, es decir, no se puede existir ningún impedimento u obstáculo para que el titular ejercite sus derechos de manera voluntaria porque en caso contrario, estaríamos vulnerando el art. 16 CE y, tampoco se podría privar al ciudadano de la esfera externa, es decir, en caso de que el Estado sancionase el suicidio estaría vulnerando el deber de abstenerse cuando el ciudadano se encuentra ejercitando su derecho. Así se desprende del del art. 9. 2 CE, el cual impone una obligación que “*corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas...*”

Aunque el suicidio no sea un comportamiento respaldado, Plantón admitía excepciones como “...cuando la suerte haya impuesto al hombre una

¹⁹ De la Torre, Javier. La eutanasia y el Final de la vida. Una reflexión crítica. Sal Terrae. Colección “El pozo de siquén.” 2019. Pág. 8.

²⁰ STC 177/1996, de 11 de noviembre; STC 137/1990, de 19 de julio.

*vergüenza que le haga imposible la vida.*²¹ También se preveían excepciones de la misma naturaleza en El Digesto como el “*cansancio de la vida*”²², “*dolor físico o enfermedad*”²³ o “*el deseo de una muerte gloriosa.*”²⁴

Ambas figuras obtienen el mismo resultado, la propia muerte. Pero se diferencia principalmente por las razones por las cuales la persona decide acortar su vida de manera voluntaria. Por ello, es muy relevante la existencia de un contexto eutanásico caracterizado principalmente por existir una situación de enfermedad incurable, sufrimiento intolerable, intervención de un equipo médico, existencia de garantías que respeten derechos de las partes intervinientes en el proceso, etc.

Otra diferencia sería la capacidad, es decir, cuando el individuo actúa de manera suicida lo hace por estar viviendo situaciones que le supera o adopta una posición negativista sobre la posibilidad de solucionar el problema que le perturba o porque padece una enfermedad mental que vicia de esta manera la capacidad de la persona. No es dueño de sí mismo y carece de racionalidad. Mientras que el paciente que acude a la eutanasia, salvo casos concretos como incapacitados de derecho o hecho; la capacidad es requisito necesario para que el procedimiento eutanásico siga su curso y sea legítimo.

La intervención de tercero, concretamente profesionales sanitarios, es otra diferencia relevante entre una figura y otra. En el contexto eutanásico es requisito necesario la presencia de un sanitario responsable y encargado del proceso mientras que, en el suicidio, salvo supuestos de personas que padecen discapacidades físicas, es un acto que deriva del propio titular del derecho a la vida. Además, existe un proceso deliberativo entre el paciente y el profesional sanitario quien ofrecerá alternativas menos drásticas al paciente en caso de que existan para su recuperación o para aliviar los sufrimientos que padece mientras que en supuestos de suicidio, la persona no tiene presente las

²¹ Derecho, suicidio y eutanasia, Carmen Juanatey Dorado, Ministerio de Justicia de España, 2000. Hace alusión a la ley del año 873 a.C. Pág. 23.

²² Digesto III.

²³ Digesto XXXXVIII.

²⁴ Digesto XXVIII

Las referencias al Digesto han sido extraídas de la obra Derecho, suicidio y eutanasia de Carmen Juanatey Dorado, Ministerio de Justicia España, 2000.

opiniones de su entorno, es decir, un suicida no avisa ejecuta directamente la acción para poner fin a su vida porque tiene la falsa ilusión de que la única solución es la muerte.

Finalmente, el suicidio no está considerado muerte natural porque el propio sujeto decidió libremente acortar su vida mientras que la eutanasia si tiene consideración de muerte natural al existir una enfermedad.

b. Homicidio y asesinato:

El Código Penal recoge el homicidio como hecho típico en el artículo 138. Reconoce penas privativas de libertad de 10 a 15 años cuando un tercero cause la muerte a otro sea por una acción u omisión. Solo se requiere un nexo causal con el resultado, es decir, se exige que la acción u omisión derive en la muerte.

En el artículo 139 del Código penal prevé la figura del asesinato cuyo resultado es el mismo que el del homicidio. No obstante, impone una pena de prisión superior (15 - 25 años). Es un tipo agravado y se exige que concurra alguno de los siguientes elementos: precio, recompensa, alevosía, para cometer otro delito o se lleve a cabo “...*con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido*”, art. 139.1. 3ª CP. El incremento de la pena se vincula al daño físico y psíquico que sufre la víctima durante el acto delictivo.

Ambos tipos parten de la misma necesidad de proteger la vida al ser un derecho fundamental que goza de cierta preeminencia al ser la base fundamental de los demás derechos vinculados con la personalidad (honor, dignidad, libertad, educación, libertad sindical, etc.) El artículo 15 de la Constitución española propugna como derecho absoluto la vida, sin embargo, se podría interpretar de manera algo más gramatical teniendo presente la forma de redacción y los verbos empleados extrayéndose la idea de que “*todos tiene derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos...*” por terceros a tratos vejatorios o torturas dejando de tener carácter absoluto para ser un derecho con eficacia erga omnes, es decir,

solo cabe protección frente a terceros y no puede extender esta protección contra la voluntad del titular.

MODALIDADES:

Las distintas modalidades se pueden clasificar en función de dos criterios. En primer lugar, el consentimiento del paciente. En caso de que exista consentimiento expreso, informado y deliberado nos encontramos en la modalidad voluntaria. Mientras que la involuntaria es aquella por la que se llevan a cabo actos u omisiones sin tener presente la voluntad del paciente, modalidad que encaja en la mala praxis al sustituir el profesional el consentimiento necesario para ejecutar la eutanasia. Al no mediar consentimiento se incluye dentro de la figura del homicidio con independencia de si los demás elementos que configuran el contexto eutanásico se dan, sin embargo, se admiten excepciones en caso de incapacidades de hecho siempre y cuando exista voluntades anticipadas ya que el paciente tiene derecho a otorgar poder de representación a un tercero para que sustituya el consentimiento, así lo establece el artículo 6.1. a) de la Ley 3/2021, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

En segundo lugar, el *animus* que motiva al tercero. Podemos diferenciar entre eutanasia activa, por ejemplo, cuando el profesional sanitario administra fármacos al paciente; de la pasiva cuando el tercero no interviene y deja morir. La activa, según la clasificación de Diego Zapatero Méndez²⁵, se subdivide en directa e indirecta, esta última no busca directamente la muerte del paciente, sino que se produce de manera accidental porque el *animus* es aliviar el dolor. Ambas figuras son legítimas en España porque encuentran amparo legal en los motivos piadosos.

La eutanasia pasiva se encuentra en la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, en cuyo artículo 7.3 reconoce el *“derecho a rechazar el tratamiento, la intervención o el procedimiento que se le proponga, a pesar de que esto pueda poner en riesgo su vida.”*

²⁵ Martínez Navarro, J. A. (2018). El derecho a la eutanasia. Revista Andaluza De Administración Pública, (102), pág. 97-133.

Tanto el consentimiento propio como consentimiento por sustitución excluyen responsabilidad criminal de la eutanasia porque el paciente lo exime al existir un derecho que condicione la actuación del médico ya sea porque rechazo el tratamiento o porque el enfermo dejo de manera expresa y escrita el consentimiento de que otro decida en caso de incapacidad de hecho o sobrevenida.

LA PERSPECTIVA PENAL:

Para entender la eutanasia desde el ámbito penal, se debe tener en observancia la jurisprudencia del Tribunal Constitucional sobre la resolución del recurso interpuesto contra el anteproyecto que pretendía modificar el artículo 417 CP²⁶, el cual reconocía el aborto en España. El recurso se justificaba en que se atentaba contra el derecho fundamental a la vida recogido en el art. 15 CE al hacer una interpretación literal del contenido gramatical del precepto. Este reconoce el derecho a la vida a “*todos*” al ser soporte físico de otros derechos debiendo extender el mismo a los *nasciturus*. En consecuencia, el TC emitió sentencia justificando que el legislador no había alterado el contenido esencial de derecho a la vida y no era contrario al deber de protección de este por parte de los poderes públicos, sino que consistía en una delimitación en el ámbito de protección penal. Además, el derecho a la vida puede verse limitado siempre y cuando se respete el contenido esencial. El Tribunal Constitucional en su sentencia de 8 de abril de 1981²⁷, teniendo presente el artículo 53.1 CE, lo define como “*...aquella parte...que es ineludiblemente necesaria para que el derecho permita a su titular la satisfacción de aquellos intereses...*” y por ello, condena aquellas limitaciones que imposibiliten o “*...lo dificultan más allá de lo razonable...*”

En caso de seguir esta línea, permitiría encajar la prestación de ayuda para morir en nuestro ordenamiento jurídico como una excepción a la norma general. En caso de rechazar dicha prestación, nos encontraríamos ante una injerencia paternalista en el contenido esencial del derecho a la vida absorbiendo los poderes públicos el poder de decisión que le corresponde al titular del derecho para ejercer el mismo.

Tras la promulgación de la LORE, se modificó nuestro Código Penal. Previa a la reforma el artículo 143.3 establecía que “*el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte del otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave o que, produjera graves padecimientos permanentes y*

²⁶ Sentencia 53/1985, de 11 de abril.

²⁷ Recurso de Inconstitucionalidad número 192/1980.

difíciles de soportar, será castigado con una pena inferior en uno o dos grados.”

El percepto tipifica un delito común, no hace alusión a la participación de profesionales sanitarios, cuya pena es irrelevante al existir una enfermedad o sufrimiento y contar con el consentimiento del paciente. No despenaliza la eutanasia activa pero sí recoge un tratamiento favorable en relación con la pena cuando se justifica la acción en motivos piadosos.

Tras aprobar la Ley, se introdujo el apartado 5 al art. 143 despenalizando la eutanasia activa en nuestro país. Recoge una excepción a la normal general al iniciar el contenido del artículo con la siguiente expresión: *“no obstante lo dispuesto en el apartado anterior, ...”* Continúa despenalizando la cooperación activa para dar muerte a otra persona siempre y cuando exista contexto eutanásico regulado en la LORE.

El contexto eutanásico se caracteriza principalmente por la intervención de un equipo sanitario porque la sociedad confía en que actuará con el fin de curar al enfermo. Esto se fundamenta en el principio de confianza que media entre paciente y médico/a pudiendo definirse como la unión de la autonomía del paciente al principio de beneficencia que dirigió la relación entre ambos en los años 50 y 60. Aunque las *“...recomendaciones...serían un poderoso factor en las elecciones de sus pacientes”*²⁸ este decide sobre el tratamiento que se tomará en virtud de su autonomía porque en caso contrario en profesional sanitario incurriría en *mala praxis*.

La cooperación necesaria en el suicidio de una persona sigue siendo punible en el apartado 2 del art. 143 CP. No se legitima cualquier conducta que coopere para alcanzar el resultado, sino que se está adoptando una excepción²⁹ siempre y cuando se den las exigencias recogidas por la Ley:

- Cooperación necesaria del personal sanitario.
- Acción directa.

²⁸ Rey Martínez, Fernando. Eutanasia y Derechos Fundamentales, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, pág. 179.

²⁹ García Guerrero, Luis. Los derechos fundamentales. La vida, la igualdad y los derechos de libertad. Tirant. Valencia 2013. Cap. 1º El derecho a la vida de Marina Gascón Abellán, Catedrática de Filosofía del Derecho de UCLM. Pg. 31-55.

- Acción de resultado, genera la muerte.
- Relación causa-efecto única e inmediata,
- informada, consentida reiterada en el tiempo y de manera expresa.
- Contexto de sufrimiento por enfermedad o padecimiento incurable e inaceptable.
- No haya otros medios.

LA LEY ORGÁNICA 3/2021, SOBRE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA:

1. *PREÁMBULO:*

En su preámbulo legitima la eutanasia activa y directa excluyendo omisiones o eutanasia pasiva como suministros de determinados medicamentos que aceleran o alarguen el proceso, modalidad ya aceptada en nuestro ordenamiento.

También podemos extraer las razones que motivan y justifican la necesidad de una ley que venga a regular el derecho a solicitar y recibir ayuda para morir.

Hay motivos altruistas: secularizar la vida, poner fin a sufrimientos... También motivos económicos como incrementar medios técnicos para hacer frente a la elevada esperanza de vida y sus consecuencias, ahorro estatal al no ofrecer de manera más reiterada cuidados paliativos etc. Como se recoge en el Preámbulo el reconocimiento de la autonomía en el sector sanitario.

Continúa mencionando los derechos y valores constitucionales que el Estado tiene el deber de propugnar y defender mediante esta Ley, a través del equilibrio respetuoso entre ellos: el derecho a la vida, a la integridad, libertad, dignidad, autonomía o autodeterminación, libertad de conciencia de los miembros sanitarios, art. 16 LORE.

Recoge la eutanasia como derecho individual y matiza de manera precisa que la definición de eutanasia debe integrar su contenido con los siguientes elementos:

- Acción directa.
- Acción de resultado, genera la muerte.
- Relación causa-efecto única e inmediata,

- Decisión informada, consentida reiterada en el tiempo y de manera expresa.
- Contexto de sufrimiento por enfermedad o padecimiento incurable e inaceptable.
- No haya otros medios.

De ello se desprende que el derecho a la vida está encontrando un equilibrio con los demás derechos naturales e inherente³⁰ como la dignidad, intimidad, libertad ideológica y de conciencia etc.

Recoge que la única modalidad admisible en España es la eutanasia directa y activa las demás modalidades “...se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.”

No contempla que en el artículo 143. 4 del Código penal recoja una despenalización porque según cita el Preámbulo “*tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger.*” En este sentido la concepción casi absoluta que viene sosteniendo nuestra jurisprudencia y la jurisprudencia europea se conserva³¹.

La eutanasia, aunque se aluda a ella como derecho individual en la LORE en el ordenamiento jurídico se contempla como una excepción. Recoge la interpretación del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013³² del artículo 8 del Convenio europeo de Derechos Humanos que versa sobre el “*derecho al respeto a la vida privada y familiar.*” El apartado 2 prohíbe injerencias de la autoridad en el ejercicio del derecho.

El Preámbulo concluye ofreciendo una definición exhaustiva del término eutanasia; “*actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición*

³⁰ Bañeguil Espinosa, Miguel Ángel. “*Los derechos de la personalidad*” Institución del Derecho Privado, Madrid 2003 pp. 315-316.

³¹ SST 53/1985, 120/1990, 154/2002.

³² Caso Gross vs Suiza.

informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.”

Con esta precisión, la definición recoge todos los puntos necesarios para evitar la pendiente resbaladiza:

- Eutanasia directa.
- Eutanasia intencionada.
- Relación causa-efecto único e inmediato: evitar prolongar más de lo innecesario el dolor porque sería contrario a los valores éticos y morales médicos preservando el principio de confianza entre médico y paciente.
- Petición informada, expresa y reiterada: refuerza el requisito de consentimiento informado. Se exige de manera simultánea la perdurabilidad en el tiempo, es decir, que sea continua y que sea deliberada respetando la autonomía del paciente.
- Contexto eutanásico: la LORE exige enfermedad o padecimiento incurable, inaceptable siendo imposible minimizar el sufrimiento mediante otros medios en consonancia con la necesidad de preservar los cuidados paliativos.

2. DISPOSICIONES GENERALES:

De los artículos 1 a 3 de la LORE recoge una serie de notas comunes que guían la aplicación de la norma y su correcta ejecución.

El artículo 1 precisa el objeto de la Ley el cual es “...es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas...”, es decir, aquellos supuestos recogidos de manera específica en la LORE. Además, precisa los deberes a los que se encuentran sujetos la persona sanitaria.

Se recoge en su artículo 2 un ámbito de aplicación universal en el territorio español vinculando a “...toda persona física o jurídica...” con

independencia de su naturaleza. El percepto recoge una eficacia erga omnes y aplicación universal justificándose en los derechos fundamentales en los que se asienta como el derecho a la vida, artículo 15 de la Constitución española y la autodeterminación del paciente.

El artículo 3 se centra en las definiciones que vienen a precisar el contexto eutanásico. Se debe tener presente que estas definiciones recogen cierta indeterminación que podría generar inseguridad jurídica vulnerando un principio constitucional relevante, art. 9.3 CE.

Según Jellinek los conceptos jurídicos indeterminados no permiten contestar con seguridad a la cuestión de si un supuesto queda o no incluido en el ámbito de aplicación de la norma, porque producen supuestos denominados como “*neutrales*”, los cuales son de dudosa clasificación. Podemos utilizar como ejemplo, una “*enfermedad grave e incurable*”, porque cada persona tiene una tolerancia al dolor diferente. Además de que existen enfermedades que, por su naturaleza, a nivel clínico, no son consideradas como “*graves*”, pero si arrojan un “*sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable.*” La “*fragilidad progresiva*”, artículo 3 c) LORE puede generar nuevamente dudas interpretativas como ¿Qué debemos entender por fragilidad progresiva? ¿Quién debe determinar si estamos ante dicho contexto o no?

Las preguntas que puedan ocasionar deben ser colmadas por la jurisprudencia.

Debido a que no debemos confundir seguridad jurídica definida por el Sentencia del Tribunal Constitucional 27/198 como la “*suma certeza...*” con rigidez de ahí la necesidad de ciertos ámbitos neutrales para permitir a la jurisprudencia adaptar la Ley a medida que el entorno dinámico se va modificando con cambios en la sociedad, economía, tecnológicos, médicos etc.

En la misma línea, la Sentencia del Tribunal Constitucional 13/2021, de 28 de enero, la cual versa sobre conceptos jurídicos indeterminados recogidos en la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana deja constancia que son

aceptados constitucionalmente aquellos conceptos jurídicos indeterminados siempre que resulten “...de fácil concreción por parte del órgano competente, administrativo o judicial, que haya de aplicar la norma al caso...”

Además, el Tribunal Constitucional, siendo consciente de que la abstracción de estos conceptos jurídicos indeterminados que pueden generar supuestos peligrosos ha ido estableciendo criterios específicos para evitar que estas que los conceptos jurídicos indeterminados no sean verdaderas discrecionalidades judiciales. Como dotar de contenido ateniendo a las circunstancias concretar del caso garantizando así el principio de igualdad del artículo 14 de la Constitución al tener presentes las condiciones del caso de manera específica.³³

3. DERECHO DE LAS PERSONAS A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR Y REQUISITOS PARA SU EJERCICIO:

Los perceptos 4, 5, 6 y 7 de la LORE desarrolla el derecho a solicitar la prestación.

El percepto 4 de la Ley recoge el requisito de consentimiento y añade otros elementos necesarios para que sea válido reforzando así uno de los elementos esenciales en los que se asienta. Se añade la “*decisión autónoma*” alude a la necesidad de informar al paciente de manera exhaustiva y que se deje constancia de dicho trámite y una serie de requisitos en relación con los medios para que se garantice el entendimiento óptimo por parte del paciente.

En el artículo 4. 3 párrafo segundo reconoce el derecho de las personas siguiendo el reconocimiento de mayor autonomía en virtud de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

El artículo 5 recoge los requisitos para poder acceder a solicitar la prestación de ayuda para morir.

³³ Sentencia de esta Sala y Sección de 7-4-2016, Rec. 1856/2013.

En el art. 5.1. a) requiere ostentar la nacionalidad española, residencia habitual en España o certificado de empadronamiento con una antigüedad de al menos doce meses. Esto pretende evitar el tan temido turismo sanitario que derivó del valor universal que se le otorgaba al Estado de Bienestar y exigió reformas en el ámbito como el art. 1.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

El apartado b) recoge la necesidad de que la información relativa al proceso y todo lo comunicado al paciente sea recogido por escrito. Teniendo presente el Preámbulo, se le ofrece cuidados paliativos como método menos invasivo antes de pronunciarse sobre la eutanasia. En la letra c) se exige una solicitud doble con una separación temporal de 15 días para evitar decisiones no racionales o apresuradas. No obstante, el apartado siguiente recoge de manera excepcional la reducción de este plazo temporal en caso de pérdida de capacidad inminente pudiendo generar controversias futuras en el ámbito jurisprudencial. Aunque la intención sea dar prioridad al consentimiento del paciente puede ser perjudicial a largo plazo por los supuestos hipotéticos generando vulnerabilidad u otorgando discrecionalidad al poder judicial en estos casos.

Se vuelve a recoger los criterios necesarios para que se dé el contexto eutanásico en el apartado d) y la necesidad de consentimiento informado y previo a recibir la prestación de ayuda para morir.

En el apartado 2 del artículo 5 admite que no concurren los requisitos relativos a disponer por escrito la información relativa al procedimiento, formular una doble solicitud y prestar consentimiento informado cuando el médico responsable certifique que “...*el paciente no se encuentre en el uso de sus plenas facultades...*” y siempre que el paciente haya elaborado un documento de voluntades anticipadas u otro análogo con efectos jurídicos. Y, finalmente añade que en caso de exigirse valoración sobre la incapacidad de hecho el sanitario responsable debe tener en estricta observancia los protocolos de actuación que hayan elaborado el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Esto permite cierta unificación a la hora de actuar

en estos supuestos dudosos por parte de los médicos responsables y demás sanitarios que intervienen en el proceso.

Sobre las voluntades anticipadas o testamento vital que permiten a los incapaces de hecho acceder a la prestación sería recomendable que la Ley estableciera un límite temporal para que las voluntades del enfermo sean más cercanas a sus convicciones en el momento en que se produzca dicha incapacidad porque el pensamiento humano en relación con un asunto puede ser cambiante a medida que transcurre el tiempo porque se obtiene nueva información o porque la tecnología ha encontrado una solución menos radical.

El artículo 6 establece los requisitos formales “*ad solemnitatem*” de las solicitudes. Los escritos deben estar fechados y firmados y en presencia de un profesional sanitario. Se reconoce la posibilidad del paciente de revocar el consentimiento en cualquier momento del proceso o solicitar la suspensión del procedimiento.

En relación con los discapacitados de hecho, artículo 5.2 LORE, el apartado 4 admite la entrega del documento de instrucciones previas, testamento vital u otro análogo por un tercero mayor de edad y capaz o, en su defecto, se admite la posibilidad de que solicite la eutanasia el propio médico responsable legitimándose para acceder a los documentos que recojan las voluntades del paciente.

El artículo 7 versa sobre la denegación de la prestación debiendo recogerse por escrito y de manera motivada y debe emitirse dentro de los 10 días siguientes a la primera solicitud. Además, reconoce al paciente en caso de denegación injustificada que en el plazo de 15 días naturales para reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. Garantizando de este modo que la resolución a la reclamación sea una respuesta consensuada entre profesionales del sector sanitario y del sector jurídico, art. 17 LORE.

1. *PROCEDIMIENTO:*

Desde el artículo 8 al artículo 12 se desarrolla el procedimiento necesario para llevar a cabo la prestación de ayuda para morir teniendo presentes las garantías necesarias y recogidas en el cuerpo legal.

El procedimiento se inicia con una solicitud por parte del interesado, debiendo el facultativo en el plazo de dos días resolver sobre la admisibilidad o no de la misma y, citando al paciente, para iniciar un “*proceso deliberativo*” cuyo objetivo es informar exhaustivamente sobre las posibilidades existentes para el interesado a recibir la eutanasia. El art. 8 LORE recoge que el médico responsable debe hacer el primer filtro para verificar si se cumplen los requisitos subjetivos del artículo 5 LORE como la nacionalidad o ser mayor de edad. El precepto recoge el derecho al proceso informado en el cual se contemplan las alternativas existentes y se tienen por oídas las necesidades del paciente respetando de este modo el principio de confianza. El precepto exige una segunda solicitud para que se exteriorice la intención deliberada de acogerse al derecho individual. La cual debe ser resulta por en el plazo de dos días. Posteriormente, se impone la necesidad de un segundo proceso deliberativo entre el paciente y el profesional médico para ampliar nuevas alternativas u otras de reciente conocimiento sobre su enfermedad, en su caso.

Cuando hayan transcurrido, 24 horas, desde la finalización del proceso deliberativo. Se inicia un plazo de meditación para el paciente de cinco días para que el éste pueda solicitar más información, aclare sus dudas etc. Concluido este período, el paciente debe manifestar su intención de continuar o frenar el proceso eutanásico.

Cumplidos los pasos anteriores, el médico responsable determina si el paciente cumple los elementos esenciales para que se dé el contexto eutanásico. En caso de cumplir con las exigencias legales, el paciente debe firmar el documento de “*consentimiento informado*.” Si se emite informe no conforme a los criterios médicos para respaldar la decisión del paciente, el médico responsable debe comunicárselo a todo el personal sanitario que puede verse afectado. Previo al informe, el historial clínico del paciente debe ser conforme al criterio del médico consultor,

A parte del facultativo responsable y el equipo asistencial, participa en el proceso el denominado “*médico consultor*”. El artículo 3. e) lo define como “*facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.*” Se le encomienda analizar la historia clínica y examinar al paciente para emitir informe favorable sobre el cumplimiento de los requisitos exigidos para continuar con el procedimiento.

En caso de emitirse segundo informe desfavorable el art. 8.5 LORE prevé una vía de reclamaciones para evitar cualquier vulneración del paciente, pero sin darle supremacía sobre la opinión profesional de los médicos. Por ello se permite al “*...paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación.*”

El artículo 9 versa sobre cómo se debe actuar en el inicio del proceso cuando nos encontramos ante una situación de incapacidad de hecho remitiendo a las instrucciones previas o documentos equivalentes.

El artículo 10 hace alusión a los plazos, designación de dos miembros un profesional sanitario y otro a nivel jurídico para que emitan un informe sobre si el caso se ajusta a Derecho y a que dicho informe tiene capacidad vinculante para el médico. Este punto es el que tengo en dudosa consideración pudiendo contemplarse desde dos vertientes del artículo 9.3 CE el cual reconoce el deber de los poderes públicos de remover los obstáculos para que el individuo se desarrolle libremente.

Aunque el órgano nombre a dos profesionales, siendo uno un profesional sanitario, no exime la sustitución de su criterio por el de dos médicos que han meditado sobre el asunto, los cuales son más cercanos al paciente y eligen teniendo presente el principio de confianza.

En relación con cómo se realiza la prestación el art. 11 LORE reconoce las dos modalidades permitidas en el ordenamiento: modalidad ajena, es decir, el médico responsable y su equipo administran al paciente los medicamentos o de manera propia a través de la entrega de la prescripción médica al paciente.

Finalmente, el artículo 12 recoge la exigencia de enviar la documentación relativa al proceso a la Comisión de Garantía y Evaluación tras haberse realizado la prestación de ayuda para morir. Los documentos del apartado a) son aquellos relativos al consentimiento informado del paciente, voluntades anticipadas, datos del médico responsable, consultor y paciente. Mientras que los datos exigidos por el apartado b) tienen fines estadísticos para realizar un estudio sobre el impacto social que ha tenido la eutanasia y poder prevenir el efecto *“pendiente resbaladiza.”*

2. GARANTÍAS

El Capítulo IV, compuesto por los artículos 13 a 16, versa sobre la *“garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir”*, recoge en su art. 13.1 LORE, que la eutanasia tiene consideración de prestación asistencial, *“...incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.”* Teniendo presente el contenido del precepto, se puede interpretar que la eutanasia en España se configura como una prestación que el sector público ofrece a los ciudadanos. No obstante, es habitual que la inclusión de ciertas prestaciones derive en el reconocimiento de derechos con protección jurisdiccional y de exigible cumplimiento o viceversa. Sin embargo, la Disposición Adicional Quinta de la Ley, otorga al derecho a solicitar prestación de ayuda para como derecho subjetivo, al poder exigir su cumplimiento mediante lo contencioso-administrativo, pero se hace alusión a acceder al procedimiento previa solicitud.

Es el punto clave para poder declarar que el derecho a solicitar la prestación se ajusta a Derecho.

El artículo 13 declara la prestación de ayuda para morir de carácter público al incluirse en la cartera común de los servicios de la Seguridad Social. Considero que nadie criticaría esta decisión al respetar el principio de no discriminación³⁴ impuesto en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 14 de la Constitución. Ello pretende evitar que la eutanasia genere un negocio

económico como podría darse en países capitalistas y carentes de Estado de Bienestar como EE. UU.

El siguiente artículo admite diversos lugares para realizar la prestación de ayuda para morir: hospitales públicos, privados o concertado o el domicilio del paciente y exige que los miembros del equipo asistencial incurran en algún tipo de “*conflicto de intereses*”. Como ya se comentó, la necesidad de conceptos jurídicos indeterminados admite cierto margen interpretativo de manera restrictiva en este caso para evitar que el conflicto de intereses derive únicamente de razones económicas o motivos de parentesco.

El artículo 15 exige el deber de respetar el derecho a la intimidad del paciente, artículo 18 de la Constitución española.

El Capítulo V finaliza con la objeción de conciencia del personal sanitario en el artículo 16 de la LORE. El escritor ruso Aleksandr Solzhenitsyn³⁵ en su obra *El primer círculo* (1986) precisa la vital importancia de respetar las convicciones propias de un individuo porque “*antes, la verdad ... era que la vida nos es concedida una sola vez. Ahora, con un nuevo, maduro sentimiento, percibía en sí mismo y en el mundo una ley nueva: que también la conciencia nos es concedida una sola vez.*”³⁶

Se puede definir como la facultad de oponerse por razones intrínsecas al cumplimiento de deberes u obligaciones recogidos en una norma. Aunque en la Constitución solo haga alusión a la objeción de conciencia al servicio militar en el art. 30.2 CE y en el ámbito periodístico, art. 20. 1. d) CE, la doctrina del Tribunal Constitucional extiende este derecho a médicos en supuestos relacionados con el aborto.³⁷

Es necesario reconocer la objeción de conciencia de los profesionales del sector en estos supuestos al ser una exigencia constitucional. Se alcanza así un equilibrio entre derechos fundamentales de los ciudadanos. La objeción

³⁶ Solzhenitsyn, Aleksandr. *El primer Círculo*. Ed. Tusquets Editores. Barcelona (1992). Pág. 320.

³⁷ STC 53/1985, de 11 de abril y STC 116/1999, de 17 de junio.

de conciencia, en su vertiente positiva, se configura como un límite que busca proteger la esfera íntima del profesional ante la sociedad. Mientras que en la vertiente negativa admite la exigencia de que los objetores se inscriban en un Registro al no vulnerar el apartado 2 del art. 16 CE que establece la prohibición de que nadie puede “... ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”, salvo profesionales al servicio del bienestar de la sociedad.

3. COMISIÓN DE GARANTÍA Y DE SEGURIDAD:

Del artículo 17 al 19 desarrolla puntos relevantes sobre el órgano administrativo denominado como Comisión de Garantía y de Seguridad cuyo ámbito de actuación coincide con la Comunidad Autónoma.

El artículo 17 se dedica a determinar el ámbito de actuación de las Comisiones el cual coincide con la Comunidad Autónoma o Ceuta y Melilla. También exige que el órgano tenga carácter multidisciplinar debiendo tener miembros con condición de profesionales sanitarios y legistas. El apartado 2 recoge la naturaleza administrativa del órgano y reconoce la necesidad de configurar un reglamento de ordenamiento interno debiendo ser autorizado por el órgano administrativo superior. El último apartado exige la reunión entre el ministro de Sanidad con los presidentes de las Comisiones con carácter anual para unificar criterios. También se desarrollará más este órgano en el apartado siguiente como los artículos 18 relativo a las funciones y el artículo 19 relativo al deber de secreto.

Las funciones genéricas y comunes a todas las Comisiones del territorio nacional son:

- Resolver en 20 días naturales las reclamaciones en caso de que el médico haya rechazado la solicitud del paciente para acceder a la prestación o para verificar si se cumplen los requisitos exigibles en la Ley.
- Verificar en el plazo de 2 meses si la prestación se ha efectuado conforme a Derecho conforme a la documentación exigida. En caso

de acuerdo unánime, la Ley admite levantar el anonimato que reviste el procedimiento.

- Analizar y detectar problemas en el cumplimiento de la Ley.
- Funciones consultivas mediante la resolución de dudas o cuestiones.
- Elaborar y publicar un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley.
- Aquellas otras que les pueda atribuir los gobiernos autonómicos.

El deber de secreto se recoge en el art. 19 y protege el contenido de las deliberaciones del órgano y pretende proteger los datos personales de los individuos que participan en el proceso como profesional sanitario, paciente, familiares o allegados.

La configuración de diversos órganos puede generar confusión e incluso vulnerar la igualdad de los ciudadanos porque cada comunidad autónoma tiene reconocidas competencias en el ámbito sanitario y cierta libertad para establecer los canales de información sobre la prestación. Esta leve discriminación se contemplo a lo largo de los procesos de desescalada. El Estado establecía unos mecanismos de control y la Comunidad Autónoma escogía aquellos que consideraban más acordes a su situación. Estableciendo medidas más restrictivas en unos territorios en relación a la libertad de circulación y al horario comercial para mantener a la población aislada.

A mi modo de ver, debería confeccionarse un único organismo con las mismas funciones con un ámbito de actuación territorial nacional y dejar a las Comunidades Autónomas confeccionar órganos meramente administrativos que recopilen la información y documentación para tener presente la adaptación de la norma y las consecuencias que ha tenido en su ámbito territorial.

4. DISPOSICIONES ADICIONALES:

La Disposición Adicional Primera establece que la muerte derivada por el proceso eutanásico tiene consideración de muerte natural.

La Segunda remite a la Ley 14/1986, General de Sanidad sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal, profesional o estatutaria. Se establece así un sistema de doble sanción al añadir el previsto en el Capítulo V del título.

La tercera exige informe anual por parte de las Comisiones al Ministerio de Sanidad y la Cuarta remite a la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas para reforzar la protección de las personas que padecen discapacidad.

La Disposición Adicional Quinta remite a la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa recogiendo que los recursos del art. 10.5 (resolución desfavorable de la Comisión) y 18 a) (por ejemplo, la superación de los plazos de resolución por parte de las Comisiones de Garantía y Evaluación) se tramitan a través del procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales. La Disposición Adicional 7ª versa sobre la necesidad de máxima difusión de la presente Ley.

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 contenciosa-administrativa.

5. DISPOSICION TRANSITORIA:

La Disposición Transitoria Única permite acogerse a las Comisiones que no dispongan de reglamento interno a lo previsto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público que regula el régimen jurídico de las administraciones públicas (Sección 3ª, Capítulo II del Título Preliminar).

6. DISPOSICIONES FINALES:

La Disposición Final Primera establece que *“se modifica el apartado 4 y se añade un apartado 5 al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.”*

Como ya se aludió, existen diversas figuras jurídicas tipificadas en nuestro Código Penal cuya intención es proteger de manera absoluta la vida. Por un lado, el homicidio, regulado en el art. 138 del Código Penal. Por otro lado, el asesinato, regulado en el art. 139 CP con penas mayores al homicidio, tiene el mismo resultado, la muerte de la víctima, no obstante, es un tipo agravado en caso de concurrir precio, promesa, recompensar o generando daños inhumanos o tortura. De lo último extráenos que la tipificación viene a defender la vida, en sentido propio, y la “*vida*”, en sentido abstracto, cualidad vinculada con la calidad. Esto justificaría la penalización de la tortura o actos que inflijan dolor físico o mental a la víctima en España y como acto agravante en caso de que el actor incurriera en ella mientras comete otro delito.

El suicidio es un acto atípico, no se puede punir porque se estaría vulnerando la autodeterminación de la persona y el reconocimiento de disponer de la vida propia. La jurisprudencia del Alto Tribunal incluye esta disponibilidad dentro del *agere licere* personal, es decir, no se puede reconocer ningún impedimento para ejercer la muestra voluntad porque en caso contrario, estaríamos vulnerando el art. 16 CE y, tampoco se podría privar al ciudadano de la esfera externa, es decir, en caso de que el Estado sancionase el suicidio estaría vulnerando el deber de abstenerse cuando el ciudadano se encuentra ejercitando su derecho. A parte de ser un comportamiento inconstitucional, así se desprende del art. 9. 2 CE; “*corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas...*”

Finalmente, debemos comparar ahora, el suicidio asistido con la eutanasia. La diferencia principal, aunque en ambas acciones el resultado es la muerte del individuo, es que en el primero, la persona pone fin a su propia vida porque el concepto “*asistido*” se debería entender, teniendo presente las ideas del CP, como intervención mínima de un tercero, es decir, su acción u omisión no hubiera cambiado el resultado final porque en caso de estar ante una cooperación necesaria, el CP prevé penas de prisión de libertad de dos a cinco años, art. 143.2 CP. Y, otra diferencia relevante es el motivo que origina la justificación de la excepción. La eutanasia solo nace cuando nos encontramos

ante pacientes con enfermedades incurables, crónicas y que arrojen un sufrimiento intolerable.

La Segunda viene a amparar la capacidad de las Cortes para promulgar una ley en el ámbito sanitario en el artículo 149.1. 1.^a y 16.^a de la Constitución Española. La Disposición Final Tercera recoge el carácter ordinario de ciertos preceptos como la creación y funciones de la Comisión de Evaluación y Garantía (artículo 18 LORE) o el artículo 16.1 que reconoce la objeción de conciencia del personal sanitario directamente implicado en la prestación de ayuda para morir. Esto se debe para evitar posibles contradicciones con aquellas regulaciones que versan sobre la objeción de conciencia al ser una proyección del derecho a la libertad prevista en el artículo 16 de la Constitución.

Finalmente se recoge un periodo de “*vacatio legis*” de tres meses desde su publicación en el Boletín Oficial del Estado salvo el artículo 17 sobre la creación de las Comisiones que entró en vigor al día siguiente de la publicación.

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE EUTANASIA:

1. CONTENIDO:

La Disposición Adicional Sexta, titulada como *“medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud”*, encomienda al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a elaborar en el plazo de 3 meses un manual de buenas prácticas con el objetivo de ejecutar la Ley de manera eficiente. El CISNS es órgano de carácter administrativo depende del Ministerio de Sanidad.

El Manual se estructura en 6 apartados que versan sobre el marco normativo, define las funciones de los profesionales, detalla las fases del procedimiento, contempla la forma y tiempo de realización de la prestación, desarrolla los medicamentos y las dosis y vuelve a incidir en la objeción de conciencia de los facultativos.

En el primer apartado, sobre el *“marco normativo”* reviste la solicitud al acceso a la eutanasia como un derecho individual en nuestro ordenamiento jurídico, en la misma línea que lo hace la LORE y justifica la elaboración de este documento invocando la Disposición Adicional 6ª.

En el siguiente apartado, denominado como *“definiciones y funciones de los profesionales sanitarios”* recoge nuevamente las definiciones recogidas en el art. 3 LORE. No obstante, añade que *“el paciente podrá elegir al médico/a responsable en el proceso de la prestación de ayuda para morir...Podrá ser su médico/a de atención primaria o de atención hospitalaria.”* Aunque recomienda la necesidad de que sea su facultativo habitual o de confianza debido a la delicadeza del procedimiento que se pretende iniciar y en virtud del principio de confianza entre paciente y médico. Sin embargo, el paciente puede emitir solicitud a cualquier facultativo porque el Manual de Buenas Prácticas de Eutanasia recoge un conjunto de meras recomendaciones que puede tener en observancia, pero no obliga en ningún caso al paciente a formular la petición a uno u otro médico. Tampoco obliga a nivel jurídico al facultativo a desempeñar

las funciones previstas en el documento solo aquellas contempladas en la LORE al tener carácter vinculante.

Por otro lado, matiza la figura del médico consultor, reconociendo que puede ser *“el facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo asistencial del médico responsable.”*

Finalmente, se le reconoce a la Comisión de Garantía y Evaluación, cuyo ámbito territorial coincide con la Comunidad Autónoma, un gran poder sobre la verificación del cumplimiento de la LORE en su territorio. Al presentar un contenido muy genérico, se le otorga capacidad de decisión discrecional a este órgano, provocando diferencias entre las diversas Comunidades Autónomas a la hora de aplicar la Ley o imponer trámites más enrevesados de los que la norma contempla. Además, se le reconoce capacidad para autorregularse mediante un reglamento interno, en el cual, se recoge de manera previa el acceso, deberes y derechos de los miembros.

El documento continúa versando sobre el *“procedimiento para solicitar la prestación de ayuda para morir”*, el cual remite al art. 5 de la LORE que recoge los requisitos exigidos para solicitar la prestación. No obstante, sobre la incapacidad de hecho, recogida en el art. 5.2 LORE exige, además de los requisitos previstos de manera genérica en la Ley, otro requisito como *“realizar...la valoración de incapacidad de hecho conforme al Protocolo de Actuación”* elaborado por este mismo órgano que carece totalmente de potestad alguna para emitir documentos vinculantes por su naturaleza de Conferencia Sectorial.

También contempla en este apartado las fases del procedimiento previstas de manera sucinta en la LORE. En relación con la primera solicitud, admite que las Comunidades Autónomas establezcan *“...con claridad las vías para que los ciudadanos dispongan de información accesible sobre el procedimiento de solicitud.”* Esto puede generar diversas vías, algunas de más complejo entendimiento para el ciudadano promedio, provocando la movilidad de este a otra Comunidad con una vía de acceso más sencilla, mermando la

atención primaria u hospitalaria de aquellas Comunidades Autónomas menos farragosas a la hora de acceder al proceso de solicitud.

A pesar de que las Comunidades Autónomas tengan competencias en la materia puede generar cierta confusión debido a la libertad a la hora de escoger las opciones o vías que pueden adoptar las mismas. Un ejemplo muy reciente ha sido durante la desescalada durante la COVID-19 en España cuando el Gobierno central delegó la capacidad de decisión sobre adopción de medidas para frenar la expansión por territorio nacional y el control de la población. Para evitar este problema, sería ideal que la LORE recogiera de manera unitaria las vías de acceso para los ciudadanos, garantizando la igualdad de estos a la hora de acceder a información sobre el procedimiento de solicitud.

En caso de que se denegase la solicitud, se vuelve a ceder la competencia a las Comunidades Autónomas para establecer las vías que ofrezcan información sobre el derecho a reclamar y el procedimiento previsto para ello.

En relación con el proceso deliberativo entre paciente y facultativo el Manual de Buenas Prácticas de Eutanasia lo desarrolla de manera precisa, al exigir que se realice una *“escucha activa y empática de su relato, de sus razones, de sus sentimientos y de sus valores.”* Al ser el punto clave del proceso para verificar la ausencia de presiones externas que motiven al paciente a escoger la eutanasia, sería idóneo la presencia de un psicólogo en estos casos. Garantizando que el paciente decide en todo momento de manera voluntaria, deliberada y sin presiones psicológicas.

Otro punto clave, es la prestación del consentimiento informado, sucintamente mencionado en la LORE. Este documento reconoce que en *“el supuesto de pérdida de capacidad sobrevenida durante el procedimiento antes de que el paciente haya podido firmar el consentimiento informado...”* de manera inmediata y reduciendo los plazos previstos en la Ley. Esto pone en entredicho la jerarquía normativa debido a que no se contempla esta excepción

en la Ley y pudiendo generar situaciones de vulnerabilidad al no ampararse bajo norma.

En caso de que todo sea favorable y el procedimiento avance sin ningún altibajo, se exige la verificación de la Comisión de Garantía y Evaluación sobre el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley. El órgano nombra a un jurista y médico para que verifiquen, “...a su juicio”, si se cumplen los requisitos establecidos. Este admite la discrecionalidad sobre la decisión y la existencia de elementos sujetos de los miembros a la hora de emitir informe favorable o desfavorable. Esto puede generar inseguridad jurídica.

Por otro lado, en caso de que el Pleno falle a favor en el hipotético supuesto de que el médico responsable deniega la solicitud del paciente y haya recurrido ante dicho órgano. La Comisión tiene facultad de nombrar a otro médico responsable para instar el procedimiento. Entonces, el órgano tiene plena facultad para saltar por encima de la opinión de un médico sin tener presente el hecho de porque se opone. Esta situación avala la discrecionalidad y pone en riesgo la seguridad jurídica.

A continuación, el texto hace alusión a la necesidad de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido que recoja de “...forma clara e inequívoca su voluntad de solicitar dicha prestación” siendo responsables de ofrecer información y acceso a las Comunidades Autónomas.

En el apartado 4.5 sobre el “acceso a las personas con discapacidad” pretende establecer unas garantías para que el paciente que padece una discapacidad pueda acceder a recursos de todo tipo necesarios para que “...reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.” Además, recoge una serie de recomendaciones que faciliten la labor como grabaciones o videos.

En el apartado 5, recoge los criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación de ayuda para morir. En el supuesto de

incapacidad de hecho se admite la intromisión de la Garantía y Evaluación a través de una resolución favorable que permita continuar con el procedimiento.

A mayores, el apartado versa sobre la necesidad del paciente en seleccionar la modalidad (administración directa del fármaco por el médico responsable y su equipo o prescripción del fármaco para autoadministración) y dejar constancia de la elección en el consentimiento informado

Los siguientes apartados bien sea a matizar recomendaciones sobre los medicamentos que se deben emplear y su administración en función de la modalidad.³⁸

El documento prosigue realizando recomendaciones sobre la necesidad de flexibilizar los plazos para que el paciente decida en todo momento (ej. poner una fecha para efectuar la prestación porque coincide con un día especial). Además, recoge la posibilidad de que el paciente escoja el lugar en el cual realizar la prestación entre su domicilio o centro médico. Finaliza el apartado versando sobre la incapacidad de hecho. Recoge como recomendación la necesidad de tener presente el documento de instrucciones previas salvo contraindicación fundamentada y aconseja, en caso de que el paciente no haya dejado constancia de la modalidad, la administración directa para llevar a cabo la prestación.

Admite la posibilidad de que el paciente solicite un aplazamiento de la administración tras informe favorable de la Comisión y recuerda la necesidad de realizar nuevamente un chequeo para verificar que el paciente cumple con los requisitos para acogerse a la prestación.³⁹

Sobre el certificado de defunción, el médico responsable debe dejar constancia que la causa mediata de la muerte deriva de la prestación, pero la causa inicial es la enfermedad que el paciente viene padeciendo. Por ello, la LORE recoge la exigencia de que tenga consideración de muerte natural.

³⁸ Anexo III

³⁹ Punto 5.2 del Manual de Buenas Prácticas sobre Eutanasia.

El apartado 6 del Manual de Buenas Prácticas desarrolla la objeción de conciencia mencionada en el art. 16 LORE. Con ello se pretende alcanzar una armonización de los derechos del paciente y del personal sanitario. Tanto el derecho a solicitar la prestación como el *“deber de no participar”*⁴⁰ por motivos ideológicos, morales o religiosos tienen un valor supremo en nuestro ordenamiento.

El Manual de Buenas Prácticas de Eutanasia recoge la objeción de conciencia como un derecho de carácter individual, impidiendo ser adoptado de manera colectiva y sin posibilidad de extenderse a los cuidados derivados del paciente, es decir, solo se reconoce a la hora de intervenir en *“...actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo.”* Únicamente permite acogerse a la objeción de conciencia aquellos profesionales directamente relacionados o cuyas actuaciones inciden de manera directa en la prestación. Además, menciona nuevamente la recomendación de inscribirse en el Registro de Objetores de conciencia en la misma línea que lo configura el artículo 16 de la LORE. No obstante, el Manual de Buenas Prácticas de Eutanasia, extiende la objeción de conciencia a *“...los farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos...”*

El punto criticado es la exigencia de confeccionar un registro de obligatoria inscripción en el ámbito de las CCAA para los objetores de conciencia al ser contrario a la prohibición del artículo 16.2 CE sobre obligar a una persona a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

En el Manual de Buenas Prácticas se extiende este derecho a otros profesionales que participan en el proceso ya sean farmacéuticos en caso de adoptarse la modalidad de prescripción de fármacos o psicólogos en caso de participar.

Prevé supuestos de objeción sobrevenida o reversibilidad de la misma al ser un proceso que trata materias dinámicas siendo un método flexible que

⁴⁰Marín Caceres, Laura. Del delito a derecho: comentario a la Ley 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Revista Estudios Jurídicos n.º 21, 2021.

permita a los intervinientes médicos adecuarse en función de su pensamiento o creencias al derecho a solicitar prestación de ayuda para morir.

2. NATURALEZA JURÍDICA:

El contenido del documento bautizado con el nombre de Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia viene a precisar y desarrollar de manera más exhaustiva y a través de recomendaciones el derecho individual a solicitar la prestación de ayuda para morir en España, así como las funciones, plazos, medicamentos, deberes del profesional, etc.

En su “*resumen ejecutivo*” detalla que el objetivo principal es establecer un conjunto de recomendaciones que orienten a los profesionales y administraciones para garantizar la correcta puesta en práctica de la Ley. Pero como se valorará a continuación, esta guía carece de cualquier carácter vinculante necesario en nuestro ordenamiento jurídico para que sea de obligatorio cumplimiento u observancia.

El órgano encargado de elaborar este documento ha sido el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud creado en 1987 y regulado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. El art. 69 de la Ley concreta que nos encontramos ante un “...*órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.*” Por otro lado, el artículo 71 recoge las funciones que le corresponden al Consejo Interterritorial siendo la más característica desarrollar “...*la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud...*”, permitiendo al órgano incidir sobre la materia de la eutanasia al haber sido recogida como una prestación en la LORE.⁴¹

La letra p) del precepto, recoge una cláusula denominada como cajón de sastre, que permite al Consejo participar en “*cualquier otra función que le*

⁴¹ Artículo 71.1. a) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

atribuya esta u otra disposición de carácter esencial para la configuración del Sistema Nacional de Salud.” Este apartado permite la participación en cualquier asunto por parte del Consejo sin más necesidad de respetar el principio de legalidad. Puede ser peligroso ampliar de esta manera las funciones de un órgano administrativo en relación con la sanidad al poder condicionar o ejercer influencia en cuestiones de vital importancia para la sociedad desplazando al propio legislador de funciones en la materia debido al reconocimiento constitucional de que el poder ejecutivo venga a elaborar normas⁴².

Podría contemplarse como una vulneración al principio de separación de poderes al facilitar la intromisión del poder ejecutivo en el ámbito reservado al poder legislativo al emitir este manual de recomendaciones. Aunque diversos juristas han manifestado el hecho de que el poder ejecutivo viene a limitar la actividad del legislativo para evitar situaciones de vulnerabilidad en la sociedad⁴³ y alcanzar así cierto balance entre los tres poderes en los que se sustenta el Estado moderno. En este caso concreto al tratarse de un derecho fundamental el que se ve alterado por la nueva regulación es exigencia constitucional que la limitación provenga del poder legislativo al ser la expresión de la voluntad del pueblo, artículo 66 CE.

Aunque bien es cierto que como los demás órganos que configuran el Estado, queda sujeto al principio de legalidad, art. 9.3 CE, y al control jurisdiccional, poniendo límites a la actuación cuando sea contraria al orden (art. 117 CE) y a la Ley. Esto no impide la intromisión del poder ejecutivo en la función principal de las Cámaras, que es legislar, provocando que carezca la norma del ejecutivo de legitimidad en el sentido de que carece del respaldo derivado de la voluntad del pueblo.

El Consejo tiene naturaleza de Conferencia Sectorial, las cuales surgen como respuesta ante la necesidad de actuar con coherencia en un Estado descentralizado con diversos poderes públicos, fundándose en los principios de unidad y autonomía. Nos encontramos ante un órgano administrativo que pone

⁴² Artículos 82 y ss. CE.

⁴³ Olarieta Alberdi, Juan Manuel. La separación de poderes en el constitucionalismo burgués; Nomadas, Critical Journal of Social and Juridical Sciences, vol. 32, núm. 4; 2011, UCM.

en contacto a los diversos poderes públicos de una determinada materia de interés social para unificar o acordar una línea de actuación conjunta. Interpreto el carácter administrativo del mismo a raíz de que algunos preceptos que regulan y versan sobre la actividad de las Conferencias Sectoriales se recoge en la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público.

El art. 73 reconoce que *“los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones...”*. Estas son definidas como método para *“...expresar la opinión de la Conferencia Sectorial sobre un asunto...”* (artículo 151 LRJSP) El precepto no reconoce el carácter vinculante de las recomendaciones al permitir que *“...quienes hayan votado en contra...”* no queden sujetos a la misma.

Por lo expresado anteriormente, el Manual de Buenas Prácticas de Eutanasia es un documento con naturaleza de recomendación, es decir, no produce efectos en nuestro sistema y, en caso de incumplimiento, por parte del facultativo u otra figura que deba participar en el proceso eutanásico, carece de cualquier tipo de responsabilidad, salvo la prevista en la LORE.⁴⁴ La cual remite al artículo 32 de la Ley 14/1986 que establece una sanción administrativa, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y, en caso de que la actuación constituyera delito, se traslada el asunto a la jurisdicción competente. Esto supone que el médico u otro miembro que este vinculado al proceso en caso de actuar de manera no diligente no incurriría en ninguna responsabilidad penal relativa al homicidio imprudente al despenalizarse la eutanasia, solo quedaría sometido al procedimiento sancionador de carácter administrativo o al asesinato en caso de concurrir en alguna agravante prevista en el CP.

El Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia carece de repercusión jurídica en nuestro ordenamiento jurídico al no poder encajarse en la figura del reglamento porque el órgano carece totalmente de dicha capacidad y tampoco puede equipararse a un Código Deontológico debido a que no deriva de un Colegio Profesional ni está suscrito ni formulado por los profesionales de este.

⁴⁴ Disposición Adicional Segunda de la LORE, *“las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de las posibles responsabilidades civil, penal y profesional o estatutaria que puedan corresponder.”*

Por ende, es solo una pura recomendación que carece de carácter vinculante al provenir de un órgano administrativo. Cabe pensar que, en nuestro ordenamiento jurídico, no puede incluirse este documento como el desarrollo de una Ley orgánica, al vulnerar el principio de jerarquía normativa y la reserva de ley orgánica en materia de derechos fundamentales, art. 81.1 CE. En la misma línea, el art. 53.1 CE viene a precisar, aún más, la necesidad de que sólo por Ley se puede alterar o incidir en los derechos fundamentales siempre y cuando se respete su contenido esencial.

Tampoco tiene cavidad en el sistema de fuentes que jerarquiza la estructura jurídica de nuestro país, art. 1.1 Código Civil. No se puede incluir ni en la costumbre ni principios rectores.

Al ser un conjunto de recomendaciones que no puede ser invocadas para respaldar el derecho a solicitar la eutanasia tampoco podría evocarse como una garantía para el ciudadano porque carece de fuerza legal vinculante.

Ante esta situación, el legislador tiene el deber de promulgar un reglamento que recoja el contenido precisado en el Manual para que genere efectos jurídicos.

RECURSOS DE INCONSTITUCIONALIDAD:

La LORE tiene pendiente la resolución de dos recursos de inconstitucionalidad. El primer recurso, pretende declarar inconstitucional la Ley en su totalidad. Ha sido promovido por más de 50 diputados del Partido Popular, fundamentándose en *“...la infracción de derecho a la vida..., así como el principio de seguridad jurídica. Todo ello en la medida en que el régimen establecido incumple los deberes positivo y negativo del Estado de proteger la vida y, en particular, de establecer un régimen jurídico que garantice que la decisión ha sido tomada libremente y con plena comprensión de lo que conlleva.”*⁴⁵

El segundo recurso ha sido presentado por más de 50 diputados del grupo parlamentario Vox contra la LORE. Tampoco ha sido resuelto por el TC. Dicho recurso pretende declarar inconstitucional de los siguientes artículos:

ARTÍCULO	CONTENIDO
1	Derecho a solicitar acceso a la eutanasia.
3. b)	Padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
3. c)	Enfermedad grave e incurable.
3. d)	Médico responsable.
3. e)	Médico consultor.
3. h)	Situación de incapacidad de hecho.
4.1	Reconocimiento del derecho a la solicitud cuando se cumplan los requisitos.
5. 1. c)	Formular dos solicitudes de manera voluntaria.
5.2	Requisitos para incapaces de hecho.

⁴⁵ Noticia de El País, 17 de septiembre de 2021, José María Brunet.

6.4	Presentación de la solicitud por el médico responsable en situaciones de incapacidad de hecho.
7.2	Reclamación en 15 días ante la Comisión de Garantía y Evaluación.
8.4	Reclamación ante la CGE por no cumplir los requisitos según el criterio del médico responsable.
9	Procedimiento en caso de situación de incapacidad de hecho.
12. 1º. a)	Documento primero para rellenar.
12.1º. 4º	Documento de instrucciones previas.
16	Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.
17	Creación y composición de las CCGE.
18. a) pfo. 4	Denegación de la solicitud por silencio.
DA 1ª	Consideración de muerte natural.
DA 6ª	Garantías para prestar la ayuda para morir.
DF 3ª	Carácter ordinario de determinadas disposiciones.

Se fundamentan en la vulneración del derecho a la vida del artículo 15 CE; el derecho a la libertad ideológica y religiosa del artículo 16 de la Carta Magna; al precepto 23 de la Constitución que versa sobre el derecho a la participación; vulneración del artículo 24 CE sobre la tutela judicial efectiva; el derecho a que se respete por los poderes públicos el contenido esencial del los

DFFF recogido en el art. 53 de la Constitución; la garantía de regular los DFFF mediante Ley Orgánica prevista en el precepto 81.1 CE; sobre la necesidad de que los proyectos ley sean aprobados por el Consejo de los Ministros y se sometan al Congreso establecido en el artículo 88 de la Constitución; vulneración del art. 89.1 CE sobre la tramitación de las proposiciones de ley y atentar contra el art. 106.1 CE sobre la necesidad de control judicial de la actividad reglamentaria y actuación administrativa.

OPINIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA

El Comité de Bioética se pronunció sobre anteproyecto alegando que despenalizar la eutanasia en España, supondría la vulneración de varios artículos constitucionales. Concretamente los arts. 10, 14, 43.2, 49 y 50 CE, los cuales *“protegen la dignidad de la persona y sus derechos irrenunciables a la igualdad y no discriminación, a la conservación de la propia vida y a la protección de la salud aun cuando pueda encontrarse reducida, y especialmente cuando se trata de disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos o de ciudadanos en su tercera edad.”*⁴⁶

En su Informe manifiesta que el derecho a la vida *“... va más allá de su consagración como derecho por el ordenamiento jurídico, posee una dimensión que excede el mero reconocimiento de una facultad o derecho subjetivo, ya que no existe en función de un derecho, sino de un hecho de naturaleza.”*⁴⁷ El reconocimiento constitucional de la vida, tanto en el art. 15 CE como por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional⁴⁸, requiere la sanción de un derecho, porque *“...vivir significa plantear exigencias al entorno.”*

El Comité de Bioética de España rechaza la eutanasia al considerar que la autonomía del individuo no existe al existir la posibilidad de que el paciente se vea presionado por su entorno íntimo al llegar percibirse como una carga naciendo así *“...el deseo de morir surge cuando el individuo ha muerto*

⁴⁶ Informe aprobado por unanimidad por los miembros del Comité de Bioética de España en su reunión plenaria de 30 de septiembre de 2020.

⁴⁷ Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y deliberación, del 30 de septiembre de 2020.

⁴⁸ STC 53/1985

*socialmente.*⁴⁹. Por ello, exige que en el contexto de vulnerabilidad en el que se encuentra el individuo la sociedad tiene el deber de solidaridad con él debiendo prestar la ayuda necesaria y cubrir sus necesidades. Es decir, exige fortalecer y destinar más esfuerzos a los cuidados paliativos.

Por otro lado, en dicho Informe, el Comité hace alusión a que el derecho a la vida se contempla desde la perspectiva del principio de utilidad que el *“...el valor de la vida humana tiene relación directa con la capacidad de sentir placeres...”*

⁴⁹ Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, pág. 32.

¿ES LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, ¿DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA INCONSTITUCIONAL?

La eutanasia es la media dorada que Aristóteles promulga. Abandonar al paciente o cuidarlo en exceso atentan contra sus derechos fundamentales debiendo alcanzar un punto medio donde reside la virtud. Por ello, el legislador ha encontrado el equilibrio al establecer una normativa que impulse los cuidados paliativos para evitar agonía al paciente y legitimar la eutanasia para permitir finalizar con el sufrimiento que padece.

1. La ley limita el poder judicial a la hora de crear figuras.

Aprobar el Protocolo de Groningen en Holanda creado en 2004 fue una decisión duramente criticada al considerar que se había dado la pendiente resbaladiza al regular la eutanasia neonatal. Sin embargo, la ley tuvo como finalidad evitar que la jurisprudencia creara una figura que careciera de garantías legales. La aceptación de esta figura en la jurisprudencia holandesa se legitimó en extender el consentimiento del aborto a los recién nacidos porque en ese momento eran casos excepcionales de malformaciones cognitivas imposibles de operar. ¿Qué sucedería en caso de no existir una ley?

La teoría de la separación de poderes formulada durante la Revolución francesa reconoce el poder a la Nación y pretende encontrar un equilibrio entre los tres poderes a través de limitaciones constantes entre ellos. Si la balanza se desequilibra y un poder es preeminente otro sería posible encontrarnos en una situación no democrática ni constitucional.

El legislador español ha observado la evolución de la jurisprudencia en las últimas décadas en relación con la eutanasia. La paulatina y tímida introducción de la figura por parte del poder judicial puso en alerta al poder legislativo y, tras diversos estudios, promulgó la Ley para impedir el inicio de la pendiente resbaladiza.

La promulgación de la Ley Orgánica es legítima porque en nuestro sistema democrático las Cortes Generales son las encargadas de promulgar la legislación porque representa a la Nación (artículo 1.2 CE; artículo 66.1 y 2 CE).

2. La Ley respeta el contenido esencial.

Los poderes públicos tienen obligación de respetar el contenido esencial de los derechos y libertades de los ciudadanos. Así lo dispone el art. 53.1 CE como garantía que limita el poder que ostenta los órganos públicos y evitar intromisiones en la esfera individual privada. Recordamos que esta interpretación proviene del Tribunal de Estrasburgo al deducir su contenido del art. 8 del Convenio de Roma.

Según reiterada jurisprudencia del TC⁵⁰ el contenido esencial es *“aquella parte del contenido de un derecho sin la cual este pierde su peculiaridad.”* En el caso del derecho a la vida aparece reconocido solo por el hecho de existir, es decir, tiene carácter innato y debe incluirse dentro del derecho de la personalidad debiendo protegerse tanto su contenido físico como espiritual. El contenido esencial de la perspectiva espiritual se conecta con la autonomía y libertad de la persona y, por ello, en caso de declarar inconstitucional la Ley, el poder judicial vulneraría ambos derechos al dificultar el ejercicio de estos por su titular.

Con la promulgación de la LORE el poder legislativo viene a cumplir con su obligación impuesta por el artículo 9.3 CE de *“...promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud...”*

3. La Ley mantiene el equilibrio.

⁵⁰ Sentencia 11/1981, de 8 de abril, que resuelve recurso de inconstitucionalidad contra diversos preceptos del Real Decreto-Ley 17/77, de 4 de marzo, regulador del derecho de huelga y de los conflictos colectivos de trabajo.

Declarar inconstitucional la Ley que regula el acceso a la prestación de la eutanasia supondría una jerarquización de los derechos dándole prioridad a uno mientras se les limita el ejercicio de otros. Esto pondría en riesgo una herramienta constitucional, la prueba de proporcionalidad, mediante el cual, el poder judicial emite sentencia que respalda o condena la legalidad de una norma para salvaguardar el cumplimiento de la Constitución. La eliminación de esta garantía supondría la posibilidad de que el poder legislativo no contara con control pudiendo vulnerar derechos, libertades y bienes jurídicos.

4. La ley garantiza transparencia.

El Capítulo II de la LORE recoge los requisitos formales que se deben acatar durante el proceso. Se exige documentación relativa al consentimiento informado, historial clínico del paciente, voluntades anticipadas, en caso de que existan, documento en el que cumplimenta los datos relativos a los fármacos, datos personales del paciente etc. Esta exigencia viene a fortalecer la relación de confianza médico-paciente por el deber de justificar dentro de los criterios tasados en Ley su actuación ante la sociedad tanto al inicio del proceso, durante y tras haberse finalizado.

5. Ley flexible.

La Ley permite al poder judicial ajustar el contenido de esta a las necesidades futuras de manera segura mediante la utilización de conceptos jurídicos indeterminados.

Jellinek, sobre los conceptos jurídicos indeterminados, afirmó que no permiten contestar con seguridad a la cuestión de si un supuesto queda o no incluido en el ámbito de aplicación de la norma porque producen supuestos denominados como neutrales, los cuales generan dudas de si encajan dentro del supuesto plasmado en la norma. Por ejemplo, la Ley versa sobre la intolerancia del dolor que padece el paciente que puede solicitar la prestación de ayuda para morir. Si partimos de la idea de que cada persona tiene un grado de tolerancia a la hora de soportar el dolor.

Esto permite ir dotando de contenido al término adaptándose a los cambios que se producen con el transcurso del tiempo en sectores dinámicos como la medicina ya que va cambiando por los avances tecnológicos, aparición de nuevas enfermedades y cambios en la mentalidad de la población.

Aunque estos conceptos no son deseados porque puedan generar dudas el Tribunal Constitucional en su Sentencia 13/2021, de 28 de enero, la cual versa sobre conceptos jurídicos indeterminados recogidos en la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, los declara constitucionales siempre que permitan una “...fácil concreción por parte del órgano competente, administrativo o judicial, que haya de aplicar la norma al caso...” y se emita un reglamento que precise el contenido.⁵¹

6. La ley establece los derechos como límite a la *autoritas* del Estado.⁵²

El derecho a la vida es el límite principal contra los poderes públicos, debiendo garantizar su protección y no interferir en su ejercicio para respetar el “...núcleo más privado de los derechos de una persona.”⁵³

Los derechos de la personalidad son “...innatos, esenciales, inherentes, oponibles, irrenunciables, intransmisibles e inexpropiables...”⁵⁴ Si se dota de estas características tanto el derecho a la vida como el derecho a la dignidad no admiten limitación alguna a la hora de ejercerlos o exigir su respeto. Por lo tanto, la Ley que viene a legalizar la eutanasia en España no podría declararse inconstitucional por vulnerar dichos derechos debido a que, en vez de limitarlos, protege de manera intensa su ejercicio. Esto debería del deber constitucional del art. 9.2 el cual obliga a los poderes públicos “...remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud...”

⁵¹ Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2013, de 11 de julio

⁵² Encabo Vera, M. A. Derechos de la Personalidad. Marcial Points. Edición Jurídicas y Sociales, 2021. Cap. II, pág. 22.

⁵³ Encabo Vera, M. A. Derechos de la Personalidad. Marcial Points. Edición Jurídicas y Sociales, 2021. Cap. II, pág. 25.

⁵⁴ Rogel Vide, Carlos y Espín Alba, Isabel. Derecho de la persona. Ed. Reus. Barcelona 1998, pág. 127.

La Ley 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia viene a adaptar a las nuevas necesidades sociales los derechos fundamentales como el derecho a la vida recogido en el artículo 15 CE; la dignidad de la persona (art. 10.1 CE), el derecho a la libre convicción vinculado con el artículo 16 CE e igualdad del art. 14 CE. Esta adaptación encaja con la jurisprudencia del TC⁵⁵ admite cierta intromisión a la hora de regular los derechos fundamentales de los ciudadanos siempre y cuando se respete el contenido esencial o “...*aquella parte del contenido que es ineludiblemente necesaria para que el derecho permita a su titular la satisfacción de aquellos intereses para cuya consecuencia el derecho se otorga.*” Continúa afirmando que nos encontramos ante una situación contraria a Derecho cuando las limitaciones provocan que el derecho fundamental sea impracticable o “...*lo dificulten más allá de lo razonable o lo despojan de la necesaria protección.*”

○ **Derecho a la vida:**

El art. 15 CE recoge que “*todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.*”

La polémica principal gira en torno a la vida como un derecho absoluto en nuestro país siendo inviable limitarlo por otros derechos o valores constitucionales. Sin embargo, no existe un deber constitucional de proteger la vida a toda costa y en contra la voluntad del individuo.⁵⁶ La vida es un bien jurídico merecedor de la más extrema protección contra injerencias de terceros pero no es posible interferir en la voluntad del individuo en relación a su propia vida porque nos encontramos ante una intromisión de los poderes públicos mediante la ley privando al ciudadano de libertad la cual solo podría limitarse en caso de que el paciente no tenga una capacidad para comprender la información que se le esta facilitando sobre su enfermedad o porque padece

⁵⁵ Sentencia 11/1981.

⁵⁶ Padilla García, Pablo. Ensayo “La eutanasia y su configuración legal.”Low&Tends. 2020. Pág. 13.

algún padecimiento psicológico que le imposibilite tomar decisiones de manera coherente.

Otra polémica se basa en que se pasa de un delito, homicidio, a derecho⁵⁷. Mediante la despenalización en el Código Penal tras la modificación del artículo 143.

En relación con la atenuante del apartado 4 no despenaliza el hecho punible siempre y cuando nos encontremos ante un contexto eutanásico cuyo resultado es poner fin a la situación insufrible que pasa el enfermo y siempre que exista un consentimiento inequívoco. La atenuante se fundamenta en que el tercero actúa con intenciones piadosas y no con *animus necandi*. Aunque se haya criticado esta atenuante por permitir que un tercero ajeno al sector sanitario lleve a cabo acciones que faciliten la muerte de un sujeto que padece una enfermedad previamente ya se aplicaba una atenuante justificada en el estado de necesidad (art.20 CP).⁵⁸

Sobre la inclusión del apartado 5 se ha criticado que la eutanasia se recoge como un derecho en el ordenamiento jurídico a partir de un delito, el homicidio. Sin embargo, el legislador introduce únicamente una excepción a la norma general al delimitar el contexto en el que se admite aplicar la eximente. Se requiere, como ya se mencionó anteriormente, presencia de profesional sanitario, enfermedad, consentimiento informado del paciente, constancia del proceso por escrito y actos y la modalidad activa y directa. En caso de que no se cumplan uno de estos requisitos que configuran el contexto eutanásico nos encontramos ante el tipo tipificado como homicidio en el Código penal. Por ende, no nos encontramos ante un derecho como tal sino a una excepción.

○ **Derecho a la dignidad:**

Aunque el concepto dignidad sea difuso el Tribunal Constitucional lo ha definido como el derecho “... de cada cual a determinar libremente su vida de

⁵⁷ Marín Cáceres. Laura. De deliro a derecho: comentario a la Ley 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Revista Estudios jurídicos, núm. 21, 2021. Pág. 11.

⁵⁸ Marín Cáceres. Laura. De deliro a derecho: comentario a la Ley 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Revista Estudios jurídicos n.º 21, 2021. Pág. 13.

forma consciente y responsable y a obtener el correspondiente respeto de los demás.” Es inherente al hombre por ser un ser racional y permite manifestar su capacidad intelectual y libre en la sociedad debiendo ser respetada siempre que se ejerza dentro de los límites legítimos.⁵⁹

Actualmente, el derecho a la dignidad ha ido obteniendo mayor protección en nuestro ordenamiento jurídico llegando a limitar el contenido de otros derechos a través de su perspectiva negativa como un límite. A la hora de alcanzar una armonía equilibrada con el contenido del derecho a la vida, viene a precisar que los poderes públicos deben garantizar y proteger una vida digna porque *“lo que es bueno no es el mero vivir, sino el vivir bien”*⁶⁰. Cuando nos encontramos en un contexto eutanásico donde el elemento esencial es la existencia de una enfermedad que imposibilita interactuar, desarrollar y disfrutar de la vida manera autónoma y enriquecedora alargar contra la propia voluntad del paciente es un acto cercano a la tortura siendo esta prohibida tanto a nivel nacional, europeo⁶¹ e internacional.⁶²

○ **Derecho a la igualdad:**

En nuestro ordenamiento jurídico el término igualdad hace alusión tanto a un derecho fundamental regulado en el art. 14 CE que prohíbe cualquier tipo de trato discriminatorio justificado por elementos subjetivos del individuo, así como un principio rector recogido en el art. 1 CE que condiciona la actividad de los poderes públicos para evitar tratos privilegiados.⁶³

La igualdad desde la perspectiva individual se vincula con la dignidad, así como la libertad de la persona evitando cualquier restricción a la hora de ejercer sus derechos. Desde la perspectiva institucional, el art. 9 CE recoge una función correctora y otra garantista para prevenir situaciones sociales que conlleven un trato discriminatorio.

⁵⁹ Castán, M.ª Luisa. “La dignidad humana, los Derechos Humanos y Constitucionales”. Artículo publicado en la Revista de Bioética y Derecho n.º 9, 2007. Pág. 74.

⁶⁰ Séneca. Ob. Cit. 70,4 Epístolas morales a Lucilio, pág. 130.

⁶¹ Artículo 4 Carta de los Derechos Fundamentales de la UE en vigor desde el 1 de diciembre de 2009.

⁶² Convenio contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 26 de junio de 1987.

⁶³ García Guerrero, J.L. “Los Derechos Fundamentales. La vida, la igualdad y los derechos de libertad.” Trinant, 2013, Valencia. Pág. 74.

Este mandato conlleva tratar de modo igual situaciones similares y adoptar posiciones diferentes cuando la situación de hecho lo requiera por sus peculiaridades mediante la prueba de proporcionalidad⁶⁴ que garantiza la igualdad cuando no se incurran en las causas del art. 14 CE (género, religión etc.) ni en justificaciones discrecionales.

El art. 3 letra h define la incapacidad de hecho como aquella “*situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.*” Por otro lado, el art. 5.2. 2º reconoce que la valoración de esta corresponde al médico responsable y se exige tener en observancia el protocolo de actuación desarrollado por el CISNS que estructura la fase valorativa sobre la capacidad del interesado. Al igual que la Ley, el Protocolo exige una entrevista clínica o diálogo deliberativo aplicando los criterios generales para valorar la capacidad (comprensión, apreciación, razonamiento coherente y expresión de una elección). En caso de sospecha o dudas sobre la capacidad del paciente, el médico responsable debe utilizar herramientas específicas para asistir en la toma de decisión del paciente debiendo clasificar el deterioro en leve o más severo⁶⁵. Además, para cerciorarse sobre la capacidad el Protocolo facilita otros instrumentos para precisar el tipo de deterioro o incapacidad que padece el paciente que desea acceder a la prestación. Por un lado, el ACE (*Aid to Capacity Evaluation*), es una entrevista que permite evaluar la comprensión de la información y la capacidad de decisión. Por otro lado, MacCAT-T (*MacArthur de Evaluación de la Capacidad para el Tratamiento*), es una entrevista estructurada en preguntas que permite evaluar la comprensión, el razonamiento, apreciación de la información dedicada y la expresión. Tras la entrevista principal y la utilización de las herramientas previstas en el Protocolo el médico responsable aún tiene dudas sobre la capacidad del paciente, este, debe aducir al médico consultor o especialista. En caso de discrepancia entre ambos médicos, se acudirá a la Comisión de Garantía y Evaluación.

⁶⁴ García Guerrero, J.L. “Los Derechos Fundamentales. La vida, la igualdad y los derechos de libertad.” Trinant, 2013, Valencia. Pág. 82.

La LORE no vulnera la igualdad ni en su ámbito individual ni institucional al tratar de manera diferente⁶⁶ las situaciones de incapacidad de hecho al exigir el documento de voluntades previas o testamento vital para poder solicitar por una tercera persona el acceso a la prestación. La incapacidad de hecho tiene un trato más restrictivo para evitar intromisiones ajenas a la voluntad del paciente que padece dicha situación. Se debe contemplar el conjunto de requisitos y evaluaciones como una medida garantista que proteja de manera especial a los pacientes con incapacidad de hecho.

Sin embargo, se debería exigir un límite temporal de validez del testamento vital o actualizaciones temporales debido a que es una decisión que deriva de la voluntad del paciente pudiendo esta cambiar. También debería contemplarse la participación de un psicólogo en las entrevistas con el médico responsable o consultor/especialista para incrementar la protección del paciente en estos casos y evitar cualquier vulneración.

○ **Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios:**

Se puede definir la objeción de conciencia como *“el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones”* (STC 161/1987, de 27 de octubre) o como *“la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades exigibles jurídicamente”*⁶⁷. Aunque la objeción de conciencia en el ámbito sanitario no tiene un reconocimiento constitucional específico a diferencia del sector militar (art. 31.2 CE) o periodístico (art. 21. 1. D CE) que sí tiene reconocimiento explícito en la Constitución. Se desprende del art. 16 CE el cual reconoce una doble vertiente. La vertiente íntima reconoce el derecho a tener ideas propias y la vertiente exterior se vincula con la libertad de expresión, es decir, derecho a manifestar ideas propias al exterior.

⁶⁶ Interpretación del art. 14 del Convenio europeo por el TEDH *“...vulneración de la igualdad cuando la desigualdad esta desprovista de justificación objetiva y razonada...”*

⁶⁷ Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la LO reguladora de la eutanasia. Aprobado en reunión plenaria el 15 de julio de 2021.

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario es un derecho que se ha ido reconociendo por la necesidad de evitar conflictos entre el derecho de libertad de conciencia del profesional sanitario y el derecho a recibir la prestación sanitaria por el paciente⁶⁸. La doctrina unificada del TC⁶⁹ no reconoce la objeción de conciencia como un derecho general debido a que se encuentra limitado por la Ley, es decir que, aunque aparezca a lo largo del texto constitucional solo cabe su invocación cuando lo recoja la Ley. Un claro ejemplo es el artículo 19.2. 2º de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

En la LORE se recoge la objeción de conciencia del personal sanitario directamente implicado en la prestación art. 16.1.

La problemática en este punto proviene del apartado 2 del artículo 16 CE, el cual prohíbe que cualquier persona sea obligada a declarar sobre su ideología, religión o creencias siendo vulnerado por la LORE al exigir un registro obligatorio de los sanitarios objetores. La prohibición se debe para garantizar la vertiente exterior de la libertad de expresión del ciudadano.

Esta cláusula no encaja en nuestro ordenamiento jurídico porque impone la obligación al sanitario de registrarse y, aunque la jurisprudencia admita la actividad registral “...cuando no suponga un control por el Estado”⁷⁰, nos encontramos ante una intromisión en la esfera íntima del profesional al exigirle que manifieste sus propias convicciones a pesar de que se garantice absoluta privacidad. Por el hecho de ostentar un determinado cargo en la sociedad como es el caso de un médico no es justificación para invadir la esfera privada del mismo y exigirle que deje constancia de estos datos de carácter sensibles porque ante todo es un ciudadano.

⁶⁸ Gamboa, Fernando Miguel y Poyote, Juan Manuel. Idea extraída del artículo de Objeción de Conciencia de los profesionales sanitarios. 10 de febrero de 2020, Gac Sanit, páginas 358-360.

⁷⁰ STC 46/2001, de 15 de febrero.

CONCLUSIÓN:

Aunque “*el valor moral de la vida no suele discutirse*”⁷¹ la calidad de vida, sí. Por ello, considero que la nueva ley que regula la eutanasia no puede ser declarada inconstitucional al encajar de manera armoniosa la prestación de solicitar ayuda para morir.

Tras el estudio, análisis y lectura de opiniones de autores, libros y jurisprudencia considero que alargar la vida de una persona con enfermedad incurable y/o insufrible es un acto que se acerca más a la tortura que al deber médico o constitucional de preservar la vida a toda costa. Además, concibo la eutanasia no como un derecho sino como una excepción cuando se cumplen los requisitos legales exigidos.

Es una prestación que solo afecta al propio paciente cuando se decanta por acogerse a la misma sin menoscabar o vulnerar ni principios rectores del Estado Social y Democrático de Derecho en el que se asienta nuestro país y tampoco incide de manera negativa en los derechos y libertades reconocidos individualmente.

Nos encontramos ante una Ley que adapta los derechos de la personalidad a las nuevas necesidades respetando el núcleo esencial el cual es ajeno a cualquiera regulación restrictiva porque son propios e innatos del ser humano. La única justificación amparada por la Constitución, la legislación comunitaria e internacional que permite a los Estados establecer limitaciones es cuando aparecen situaciones que imposibilitan el ejercicio de los derechos de otro ciudadano. Este deber de allanar el camino para que todos puedan ejercer sus derechos no se produce, por ello, el poder judicial carece de argumentación para encontrar algún elemento de inconstitucionalidad que promueva expulsar del ordenamiento la nueva Ley.

⁷¹García Guerrero, José Luis. “Los derechos fundamentales. La vida, la igualdad y los derechos de libertad” Ed. TIRANT LO BLANCH, VALENCIA 2013. Pág. 31 Capítulo Primero. El derecho a la vida” Marina Gascón.

La sociedad avanza y el legislador tiene el deber de remover los obstáculos que impidan dicha evolución mediante la promulgación de leyes garantistas y flexibles que faciliten su aplicación por el poder judicial en supuestos de hecho no tasados en la Ley pero que presentan analogías.

FUENTES JURÍDICAS

Legislación:

Fuentes internas:

Constitución española (CE)

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Código penal (CP)

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12887>

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAAPP)

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10565>

Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSCP)

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10566>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE)

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-4628>

Fuentes europeas:

Convenio Europeo de Derechos Humanos

https://www.echr.coe.int/documents/convention_spa.pdf

Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad

<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>

Protocolo de Groningen

<https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-11-Protocolo-Groningen-effects.pdf>

Jurisprudencia:

Nacional:

SENTENCIA 11/1981, de 8 de abril.

<https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/11>

SENTENCIA 53/1985, de 11 de abril.

<https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/433>

SENTENCIA 120/1999, de 28 de junio.

<https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/3862>

SENTENCIA 137/1990, de 19 de julio.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-T-1990-18331

SENTENCIA 145/2013, de 11 de julio.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-T-1990-18331

SENTENCIA 177/1996, de 11 de noviembre.

<https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/3229>

Comunitaria:

SENTENCIA 2346/02. Caso Pretty v. Reino Unido, 20 abril de 2002.

https://www.law.utoronto.ca/sites/default/files/documents/reprohealth/echr_uk_2002_pretty_espanol.pdf

Caso Haas v. Suiza, 20 de enero de 2011.

<https://www.bioeticablog.com/el-tribunal-europeo-de-derechos-humanos-rechaza-un-pretendido-derecho-al-suicidio-asistido/>

Caso Gross v. Suiza, 14 de mayo de 2013.

<https://www.doccity.com/es/sentencia-caso-gross-vs-suiza-traducida/5164123/>

Internacional:

Sentencia Carter v. Canadá, 6 de febrero de 2015.

<https://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/18491>

BIBLIOGRAFÍA:

BAÑEGUIL ESPINOSA, MIGUEL ÁNGEL. “*Los derechos de la personalidad.*” Instituciones de Derecho privado. Madrid. 2003.

DE LA TORRE, JAVIER. “*La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica.*” Colección El Pozo de Siquén, 2019. Cantabria.

DURKHEIM, ÉMILE. “*El suicidio.*” Editorial Digital Titivillus, 1897.

ENCABO VERA, MIGUEL ÁNGEL. “*Derechos de la Personalidad*”. Ed. Marcial Points. Edición Jurídicas y Sociales. Madrid. 2021.

GAMBOA, FERNANDO MIGUEL. Artículo “Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.” Gac Sanit (Gaceta Sanitaria). Sevilla. 2020.

GARCÍA GUERRERO, JOSÉ LUIS. “*Los Derechos Fundamentales. La vida, la igualdad y los derechos de libertad.*” Tirant, 2013, Valencia.

GIMBEL GARCÍA, JOSÉ FRANCISCO. “*El derecho al suicidio asistido por medico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas, Sistemas de Garantía y encuesta de validación.*” Ed. INAO, 1ª Edición. Madrid. 2020.

JUAN PABLO II. “*Carta Encíclica. Evangelium Vitae.*” Roma. 1995.

JUANATEY Y DORADO, CARMEN. “*Derecho, suicidio y eutanasia*”. Ministerio de Justicia de España, 2000.

MARÍN CACERES, LAURA. “*Del delito a derecho: comentario a la Ley 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.*” Revista Estudios Jurídicos n^o 21. Madrid, 2021.

MARÍN CASTÁN, MARIA LUISA. “La dignidad humana, los derechos humanos y constitucionales.” Revista Bioética y Derecho n^o 9 (2007).

OLARIETA ALBERDI, JUAN MANUEL. *“La separación de poderes en el constitucionalismo burgués.”* Nomadas, Critical Journal of Social and Juridical Sciences, vol. 32, núm. 4; UCM, Madrid. 2011.

PADILLA GARCÍA, PABLO. *“La eutanasia y su configuración legal.”* Revista digital Low&Tends. 2021.

REY MARTÍNEZ, FERNANDO. *“El nuevo modelo español de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos: contenido y valoración crítica.”* Artículo publicado en el BOE en Anuario de Derecho Eclesiástico, 2021.

REY MARTÍNEZ, FERNANDO. *“El suicidio asistido en Italia: ¿un nuevo derecho?”* Teoría y realidad constitucional (2020).

REY MARTÍNEZ, FERNANDO. *“Eutanasia y Derechos Fundamentales”.* Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2008.

ROGEL VIDE, CARLOS y ESPÍN ALBA, ISABEL *“Derecho de la persona.”* Ed. Marcial Points. Barcelona 1998.

ROMEO CASABONA, CARLOS MARÍA. *“Enciclopedia de Bioderecho y Bioética.”* Ed. Comares. Madrid. 2011.

SARTEA, CLAUDIO. *“¿Qué objeción? ¿Qué conciencia? Reflexiones acerca de la objeción de conciencia y su fundamentación conceptual.”* Cuadernos de Bioética XXIV 2013/3^a. Roma.

WEBGRAFÍA:

Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. 2011.

https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>

Diccionario de Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/eutanasia>

Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre de la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y a la deliberación

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>

Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación con la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf>

Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia

https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

MOUZO, JESSICA y **VIZOSO, SONIA**. “Solo tres Comunidades han constituido las comisiones que tendrán la última palabra en la eutanasia.” El País. Barcelona y A Coruña. 2021.

<https://elpais.com/sociedad/2021-06-20/solo-tres-comunidades-han-constituido-las-comisiones-que-tendran-la-ultima-palabra-en-la-eutanasia.html>

Noticia: “Países Bajos aprueba planes para practicar la eutanasia a niños menores de 12 años.” BBC News, 2020.

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-54552165>

Observatorio de Bioética UCV. “Juristas de toda España piden ante el Congreso que se detenga la ley de regulación de eutanasia.” Valencia. 2021.

<https://www.observatoriobioetica.org/2021/03/juristas-de-toda-espana-piden-ante-el-congreso-que-se-detenga-la-ley-de-regulacion-de-eutanasia/35386>

Razones del “no” a la eutanasia. ACEB. 2010.

https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf

RTVE.es. “El 72% de los españoles se muestran a favor de la eutanasia, según el CIS.” 2021.

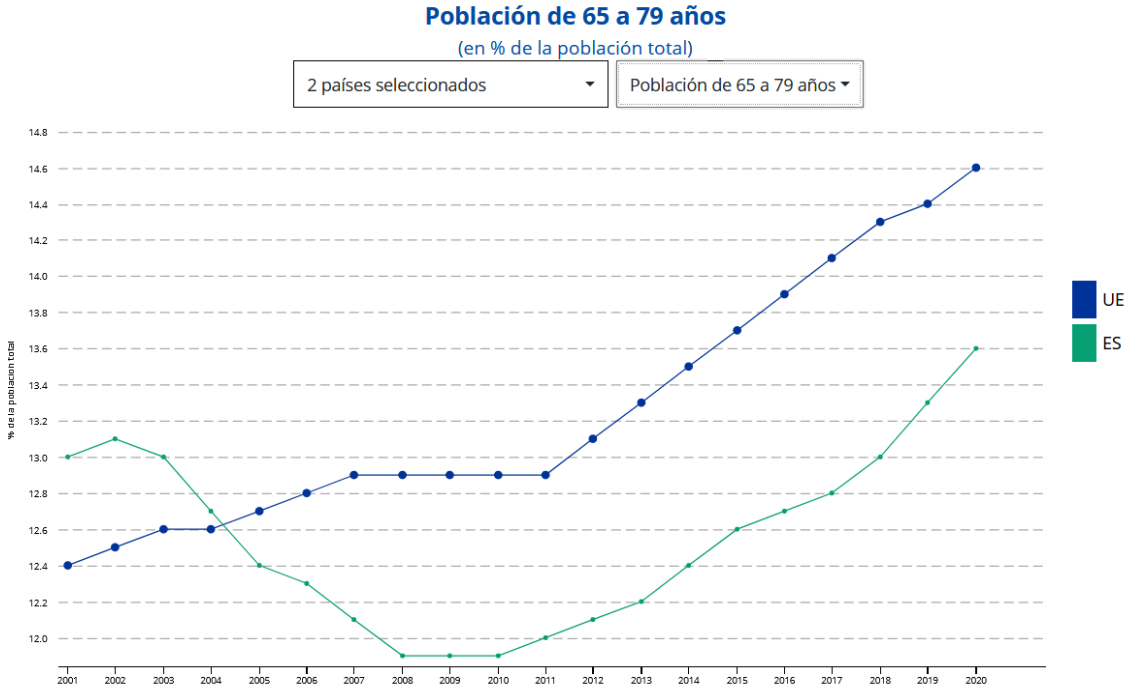
<https://www.rtve.es/noticias/20210128/72-ciento-espanoles-muestra-favor-eutanasia-cis/2070200.shtml>

VALDÉS, ISABEL. “Javier Serrano, un enfermo de ELA, primera eutanasia en Madrid.” El País. Madrid, 2021.

<https://elpais.com/espana/madrid/2021-11-03/javier-un-enfermo-de-ela-sera-este-miercoles-el-primer-madrileno-en-someterse-legalmente-a-una-eutanasia.html>

ANEXOS:

Anexo I. Población de 65 a 79 años. España y UE.



Anexo II. Datos relativos al suicidio (2006).

Estadística del Suicidio en España 2006							
Resultados nacionales							
Suicidios según grado de ejecución, sexo y edad							
Unidades: nº de suicidios							
	Total	De 13 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	60 y más
Total							
Ambos sexos	2.017	41	230	371	336	298	741
Varón	1.480	24	170	261	247	210	568
Mujer	537	17	60	110	89	88	173
Consumado							
Ambos sexos	1.806	33	180	306	295	273	719
Varón	1.388	22	147	233	228	202	556
Mujer	418	11	33	73	67	71	163
Tentativa							
Ambos sexos	211	8	50	65	41	25	22
Varón	92	2	23	28	19	8	12
Mujer	119	6	27	37	22	17	10
Notas:							
Fuente:							
Instituto Nacional de Estadística							

Anexo III. Datos relativos al suicidio (2017)

Defunciones por suicidios

Resultados nacionales

Suicidios por edad y sexo.

Unidades: suicidios



Tabla	Gráfico			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	
Todas las edades	3.679 ¹	2.718 ¹	961 ¹	
Menores de 15 años	13 ¹	6 ¹	7 ¹	
De 15 a 29 años	273 ¹	204 ¹	69 ¹	
De 30 a 39 años	452 ¹	354 ¹	98 ¹	
De 40 a 44 años	344 ¹	246 ¹	98 ¹	
De 45 a 49 años	367 ¹	291 ¹	76 ¹	
De 50 a 54 años	421 ¹	305 ¹	116 ¹	
De 55 a 59 años	362 ¹	254 ¹	108 ¹	
De 60 a 64 años	251 ¹	170 ¹	81 ¹	
De 65 a 69 años	230 ¹	162 ¹	68 ¹	
De 70 a 74 años	245 ¹	166 ¹	79 ¹	
De 75 a 79 años	204 ¹	145 ¹	59 ¹	
De 80 a 84 años	259 ¹	204 ¹	55 ¹	
De 85 a 89 años	180 ¹	143 ¹	37 ¹	
De 90 a 94 años	64 ¹	56 ¹	8 ¹	
De 95 años y más	14 ¹	12 ¹	2 ¹	

Anexo IV. Datos relativos al envejecimiento.

Indicadores de Estructura de la Poblacion

Resultados por comunidades autónomas

Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma

Unidades: %



Tabla	Gráfico	Mapa									
	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	
Total Nacional	133,48 ¹	129,11 ¹	125,75 ¹	122,88 ¹	120,46 ¹	118,26 ¹	116,28 ¹	114,72 ¹	112,62 ¹	109,86 ¹	
01 Andalucía	111,83 ¹	107,79 ¹	104,17 ¹	101,13 ¹	98,55 ¹	96,21 ¹	94,18 ¹	92,86 ¹	90,80 ¹	88,36 ¹	
02 Aragón	151,63 ¹	147,76 ¹	145,47 ¹	143,52 ¹	142,26 ¹	140,25 ¹	138,80 ¹	137,93 ¹	136,78 ¹	135,17 ¹	
03 Asturias, Principado de	240,00 ¹	231,07 ¹	224,57 ¹	218,65 ¹	214,18 ¹	209,95 ¹	207,01 ¹	204,41 ¹	201,36 ¹	197,89 ¹	
04 Baleares, Illes	108,89 ¹	105,58 ¹	102,19 ¹	99,66 ¹	97,87 ¹	96,00 ¹	94,30 ¹	92,92 ¹	91,18 ¹	88,66 ¹	
05 Canarias	133,91 ¹	126,11 ¹	119,17 ¹	114,07 ¹	109,83 ¹	105,73 ¹	101,64 ¹	98,06 ¹	94,35 ¹	90,71 ¹	
06 Cantabria	172,98 ¹	165,39 ¹	159,29 ¹	153,87 ¹	149,74 ¹	146,34 ¹	142,93 ¹	140,17 ¹	137,66 ¹	134,99 ¹	
07 Castilla y León	211,41 ¹	204,47 ¹	201,03 ¹	197,06 ¹	193,47 ¹	190,36 ¹	187,40 ¹	185,07 ¹	182,64 ¹	179,12 ¹	
08 Castilla - La Mancha	123,59 ¹	120,20 ¹	119,17 ¹	117,49 ¹	115,63 ¹	113,83 ¹	112,17 ¹	110,72 ¹	108,63 ¹	106,42 ¹	
09 Cataluña	123,75 ¹	120,06 ¹	117,54 ¹	115,28 ¹	113,47 ¹	111,87 ¹	110,16 ¹	108,77 ¹	106,75 ¹	103,88 ¹	
10 Comunitat Valenciana	132,66 ¹	129,11 ¹	125,22 ¹	122,57 ¹	120,31 ¹	118,05 ¹	115,75 ¹	114,05 ¹	111,91 ¹	108,79 ¹	
11 Extremadura	151,98 ¹	147,42 ¹	144,29 ¹	140,84 ¹	137,46 ¹	134,81 ¹	132,07 ¹	130,35 ¹	128,11 ¹	125,41 ¹	
12 Galicia	213,53 ¹	207,32 ¹	202,17 ¹	198,12 ¹	195,19 ¹	192,51 ¹	190,39 ¹	188,21 ¹	185,33 ¹	182,50 ¹	
13 Madrid, Comunidad de	117,74 ¹	113,41 ¹	110,83 ¹	108,19 ¹	105,83 ¹	103,76 ¹	102,09 ¹	100,69 ¹	98,64 ¹	95,55 ¹	
14 Murcia, Región de	92,59 ¹	90,32 ¹	87,86 ¹	85,98 ¹	84,25 ¹	83,38 ¹	81,97 ¹	80,94 ¹	79,50 ¹	77,47 ¹	
15 Navarra, Comunidad Foral de	128,08 ¹	124,35 ¹	121,58 ¹	119,37 ¹	117,98 ¹	116,49 ¹	115,32 ¹	114,08 ¹	112,40 ¹	109,88 ¹	