



FACULTADE DE DEREITO

LA EUTANASIA EN ESPAÑA. EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA

TFG presentado por Paula Dosantos Lois

Curso académico 2021/2002

Tutora: Ana María Gude Fernández

PALABRAS CLAVE

Eutanasia activa, suicidio asistido, derecho a la vida, derecho a la propia muerte, dignidad, autonomía del paciente, cuidados paliativos, suicidio, consentimiento, médico responsable, instrucciones previas, testamento vital, enfermedad o padecimiento grave, sufrimiento insoportable, despenalización, prestación de ayuda para morir.

RESUMEN

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia es la primera norma que legaliza y regula la práctica de la eutanasia activa y del suicidio asistido en España, siendo, a su vez, la sexta norma que existe a nivel mundial en este sentido. Así las cosas, se despenaliza la práctica de estas conductas, siempre y cuando se cumpla con las condiciones y parámetros establecidos en la citada ley.

No obstante, el camino para llegar hasta esta actual regulación ha sido largo y tedioso, lleno de numerosas propuestas legislativas y de debates nacidos a raíz de casos como el de Ramón Sampedro o María José Carrasco.

¿Por qué ha tardado tanto España en legalizar la eutanasia? ¿Qué argumentos hay en favor y en contra de esta práctica? ¿Qué regula exactamente esta nueva legislación? ¿Podemos hablar, por tanto, de un derecho a la propia muerte?

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. VISIÓN HISTÓRICA Y FILOSÓFICA DE LA EUTANASIA.....	5
3. ETIMOLOGÍA, CONCEPTO Y DIFERENCIAS CON OTRAS FIGURAS ..	9
A. ETIMOLOGÍA.....	9
B. CONCEPTO.....	9
C. DIFERENCIAS CON OTRA FIGURAS AFINES.....	10
4. LA LIBERTAD Y EL DERECHO A LA VIDA. DERECHO A UNA MUERTE DIGNA: MARCO CONSTITUCIONAL.....	11
5. LA EUTANASIA EN ESPAÑA ANTES DE SU LEGALIZACIÓN. ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA	13
A. RAZONES PARA LA PROHIBICIÓN DE LA EUTANASIA.....	14
B. RAZONES PARA LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA.....	15
6. LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE. EL TESTAMENTO VITAL....	16
7. DERECHO COMPARADO	18
A. PAÍSES BAJOS	20
B. BÉLGICA.....	20
C. LUXEMBURGO.....	21
D. COLOMBIA.....	22
E. CANADÁ.....	24
F. NUEVA ZELANDA	24
8. LA REGULACIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA.....	25
A. ANTECEDENTES DE LA LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	25
B. ESTRUCTURA Y OBJETO DE LA LEY	27
C. DERECHO DE LAS PERSONAS A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. REQUISITOS PARA SU SOLICITUD.....	28
D. PROCEDIMIENTO	30

E. GARANTÍA EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.....	33
F. COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN.....	33
G. MODIFICACIÓN DE LA LO 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL.....	34
H. PRIMER CASO DE EUTANASIA EN ESPAÑA	35
9. CONCLUSIONES	36
10. BIBLIOGRAFÍA	39
11. ANEXO: TESTAMENTO VITAL DE GALICIA	45

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la vida es reconocido como derecho fundamental en virtud del artículo 15 de la CE al decir que “*todos tienen derecho a la vida [...], sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes [...]*”.

En principio, no parece que haya ningún obstáculo para plantear la perspectiva negativa del derecho a la vida, es decir, para que se reconozca el derecho a la propia muerte. Sin embargo, se plantea su existencia en Derecho, pues la Constitución no contempla la posibilidad de que un individuo, en el ejercicio de su libertad personal, decida poner fin a su vida, sino que únicamente se contempla el derecho en su vertiente positiva. A pesar de ello, parece que existe una cierta libertad para poner fin a la vida, pues no se tipifica como delito el suicidio, por ejemplo, pero sí su inducción o cooperación.

En el caso de la eutanasia, objeto central de este trabajo, era tipificada como delito en el artículo 143 de nuestro Código Penal, pero esto ya no es así. La eutanasia es legal en España desde el 25 de junio de 2021, fecha en la que entró en vigor la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, tres meses después de su publicación en el BOE tras ser aprobada por las Cortes Generales el 18 de marzo de 2021.

Por estas razones, serán expuestas a lo largo del presente trabajo las distintas apreciaciones y regulaciones que ha ido teniendo la figura de la eutanasia en nuestro ordenamiento jurídico, ya no solo desde un punto de vista histórico, sino también filosófico, además de su regulación en otros Estados, y centrándonos en su regulación actual. También se hará referencia a la etimología y diferencias de la eutanasia con otras figuras afines, como pueden ser los cuidados paliativos, así como hablaremos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y del testamento vital.

2. VISIÓN HISTÓRICA Y FILOSÓFICA DE LA EUTANASIA

Los filósofos de la Antigüedad definían al hombre como un ser que nace para morir, pero también como un ser que se alza contra la muerte y su desaparición (Hintermeyer, 2010, pág. 5). Es por este motivo por el que la sociedad ha querido y ha conseguido avanzar en el campo de la medicina con el fin de aplazar ese momento final que supone la muerte.

Parece, entonces, cuestionable, el por qué se emplean esos conocimientos y avances médicos para terminar con la vida de una persona, cuando precisamente estos se fueron obteniendo con una finalidad completamente contraria.

“El deseo de no morir mal significa el reconocimiento de que realmente es preciso morir algún día, y, en compensación, la reivindicación de poder elegir también eso. La concesión es efectivamente dolorosa. El ser humano se resigna mal a su finitud. Se quiere y se cree inmortal” (Hintermeyer, 2010, pág. 10).

En atención a la cita anterior, vemos claramente el miedo que existe, ya no solo a morir, sino a morir mal, y es ahí donde entra en juego la eutanasia, y lo hace en múltiples sociedades y culturas. Si bien la práctica de esta figura puede parecer bastante actual, ya podíamos encontrarla en las primeras sociedades. De hecho, tanto en Grecia, como en Roma, hubo numerosos defensores, pero también detractores (Esquivel, 2004).

En este sentido, Platón afirmaba en su Libro III de la República que *“cada ciudadano tiene un deber que cumplir en todo estado bien organizado y habrá que establecer una legislación para el estado que cuide de los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo, pero respecto a los que no son sanos corporalmente se les dejará morir”*. Séneca, por su parte, decía que *“es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento”*. Así pues, estos dos grandes filósofos eran claros defensores de un derecho a la muerte.

Para Hipócrates (siglo V a.C.) también eran fundamentales la santidad de la persona y el bienestar del paciente; sin embargo, sostenía que los médicos no solo tenían el poder de curar, sino también el de matar. Fue así como nació el Juramento Hipocrático, que establece lo siguiente: *“Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”*. Hipócrates era, por tanto, un detractor.

Dejando atrás el período greco-romano, es destacable mencionar que, si bien el cristianismo se caracterizó por su oposición a la práctica de la eutanasia y del suicidio, ello no siempre fue así; de hecho, en un principio, consideraba al suicidio como una vía mediante la cual se podía huir del deshonor o como una forma de aceptar el martirio.

Esa primera concepción por parte del cristianismo cambió con la llegada de la Edad Media (siglos V a XV), en la cual toda persona que cometiese suicidio no podía recibir santa sepultura. Además, la práctica de la eutanasia era concebida como pecado, pues la vida se consideraba como el bien máspreciado. En este sentido, San Agustín proclamaba que el suicidio era algo detestable y abominable, ya que es Dios quien nos da y nos quita la vida (Rodríguez, 2022).

Con la llegada del Renacimiento y de la Edad Moderna (siglos XV a XVIII), vuelve a haber un cambio de mentalidad (La Eutanasia en la Edad Moderna - Sistematización y clasificación de la Eutanasia, s.f.). La eutanasia se relaciona con el “bien morir”, dándole a esta un mayor contenido humanitario que la hace relacionarse, no con el pecado, sino con la manera de morir dignamente y sin sufrimiento necesario. Este cambio de mentalidad que supuso la llegada del renacentismo y de su regresión hacia el arte clásico produjo el surgimiento de distintos autores e intelectuales que discutían en cuanto a la licitud o ilicitud de la eutanasia desde el punto de vista filosófico, moral y religioso. Entre estos autores cabe destacar a Tomás Moro, en cuya obra *Utopía* señala que la eutanasia, y, por tanto, el poner fin a la vida de aquellos que padecían enfermedades incurables junto con terribles sufrimientos, está en manos de los sacerdotes como intérpretes de la voluntad de Dios que son¹.

Francis Bacon, casi un siglo después de Tomás Moro, afirmaba que “*la misión del médico no consiste solo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos, y no únicamente cuando este alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando pueda proporcionar, aun sin esperanza de recuperación, un partir de la vida más suave y tranquilo*” (La Eutanasia en la Edad Moderna - Sistematización y clasificación de la Eutanasia, s.f.). Cabe aquí recordar la postura de Hipócrates, quien decía que el único

¹ Tomás Moro en su obra *Utopía* (págs. 152 y 153): “*Tienen [refiriéndose a los médicos] los mayores cuidados con los enfermos y no se omite nada de lo que puede contribuir a curarlos, alimentos o medicinas. A los que padecen algún mal incurable, les hacen compañía, platicando con ellos, y se esfuerzan en aliviar en lo posible su mal. Si este es absolutamente incurable, y el enfermo experimenta en consecuencia terribles sufrimientos, los sacerdotes y magistrados exhortan al paciente diciéndole que, puesto que ya no puede realizar ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los otros y un tormento para sí mismo, ya que no hace más que sobrevivir a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección, ni soportar el tormento de una vida semejante, y que, por lo tanto, no debe dudar en morir, lleno de esperanza de librarse de una vida acerba cual una cárcel y de un suplicio, o en permitir que otros le libren de ella. Con la muerte solo pondrá fin no a su felicidad, sino a su propio tormento. Y como es ese el consejo de los sacerdotes, intérpretes de la voluntad de Dios, proceder así será obra piadosa y santa*”.

poder de los médicos era el de curar y no el de matar, con el fin de poder observar las distintas concepciones que ha ido experimentando la eutanasia a lo largo del tiempo.

Entrando ya en la Edad Contemporánea (siglos XVIII a actualidad), cabe destacar, en primer lugar, que durante la Revolución Francesa sobresalió la no punición del suicidio, lo que quedó reflejado en la actual codificación penal. Pero sin duda el movimiento que supuso un antes y un después fue el “Eugenismo”, es decir, aquel que predica una mejora cualitativa, biológica y natural de la población (Pérez, 2007). La idea de la eugenesia venía ya de la República de Platón, pero tuvo su auge durante la segunda mitad del siglo XIX con el darwinismo social, basado en la perfección de la especie humana. Con la aparición de la genética moderna, este movimiento se dividió en dos corrientes: una positiva centrada en aumentar el potencial de los individuos especialmente “adaptados”, y otra negativa basada en la eliminación de aquellos individuos “inadaptados” (Esquivel, 2004). Con esta última corriente podríamos llegar a hablar de la eutanasia, pero no del todo, pues no se contaba con el consentimiento de aquella persona considerada como inadaptada, esto es, se practicaba sin su voluntad; además, este tipo de práctica carecía de todo el sentimiento humanitario que en sí supone la eutanasia, pues no velaba por el sufrimiento de un enfermo, sino por el bienestar del Estado.

Fue durante la Segunda Guerra Mundial donde más sobresalió el eugenismo negativo, más concretamente en la Alemania Nazi, en donde la eutanasia se concebía como un mecanismo para eliminar a todas aquellas personas con alguna diversidad física o psíquica, fuesen niños o adultos, mediante el uso de instalaciones centrales de gaseamiento, inyecciones letales o sobredosis de drogas; a esta operación se la conoció como T4, y fue aprobada por Hitler en 1939. En el procedimiento del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg se calculó que el número de víctimas era, aproximadamente, de 275.000 personas, ello sin contar los millones de víctimas que hubo a causa del Holocausto (El programa de eutanasia, s.f.).

Desde entonces, la regulación de la eutanasia se convirtió en un tema de gran dificultad en el panorama internacional, tanto desde un punto de vista penal, como desde un punto de vista filosófico. Es por ello por lo que no en todos los Estados la práctica de la eutanasia es legal y cuenta con una regulación al respecto, pues son múltiples los debates que surgen en torno a esta figura, ya sea por razones morales o motivos religiosos.

3. ETIMOLOGÍA, CONCEPTO Y DIFERENCIAS CON OTRAS FIGURAS

A. ETIMOLOGÍA

De acuerdo con la Real Academia Española, la eutanasia proviene del latín “*euthanasia*”, y este del griego “*εὐθανασία*” (combinación de “*eus*” y “*thanatos*”), que significa “*buena muerte*”. Es definida como aquella “*intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura*”, o, desde un punto de vista médico, como aquella “*muerte sin sufrimiento físico*”.

B. CONCEPTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como la “*acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente*”.

Como podemos observar, esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte de otra persona (Bioéticos, 2001). No obstante, la eutanasia puede ser clasificada en función de diferentes criterios (Gutiérrez, s.f.).

En primer lugar, distinguimos entre eutanasia directa e indirecta (Significado de Eutanasia, 2017). La eutanasia directa, por un lado, es aquella que tiene como objetivo dar la muerte. Dentro de esta, nos encontramos con la eutanasia activa y con la eutanasia pasiva. Mientras que la primera consistiría, precisamente, en aquella acción deliberada a dar la muerte, la segunda se trataría de una omisión de aquellos medios necesarios para sostener la vida, y que, por tanto, acabaría también con la muerte deliberada de una persona. La eutanasia indirecta, por otro lado, sería aquella que no tiene como objetivo directo la muerte, sino que esta se produce de forma inintencional.

En segundo lugar, podemos clasificar la eutanasia según la voluntad del paciente. Si bien lo habitual es que la eutanasia sea solicitada de manera voluntaria por el paciente o por su representante, lo que conocemos como eutanasia voluntaria, también existe la llamada eutanasia involuntaria, en la que un tercero es quien toma dicha decisión en aquellos casos en los que, o bien el paciente no puede solicitar debido a su estado o no tiene un representante, o bien porque aquel no haya dejado ningún tipo de escrito al respecto (Etecé, 2020).

En último lugar, cabe destacar la existencia de la eutanasia eugenésica, de la cual ya hablamos en el punto anterior, en referencia a la Alemania Nazi, y en la que la muerte se emplea como medio de purificación de la sociedad.

C. DIFERENCIAS CON OTRA FIGURAS AFINES

Cuando hablamos de la eutanasia, es común confundirla con otra serie de figuras que se pueden asemejar a aquella. Entre estas, las que más sobresalen son: los cuidados paliativos, el suicidio asistido y la cooperación al suicidio.

En cuanto a los cuidados paliativos, la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos define a estos como *“el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo”* (Gimbel García, 2020, pág. 49). De una forma más completa, la OMS los define como aquel *“enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención, alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”* (Gómez Jara, 2021, pág. 42).

Atendiendo a estas dos definiciones, podemos decir que los cuidados paliativos no buscan ni curar ni matar al enfermo, sino controlar su dolor y otros síntomas para minorar su sufrimiento y mejorar su calidad de vida, así como procurarles una muerte digna. Uno de los métodos más empleados dentro de los cuidados paliativos es la sedación paliativa, consistente en la administración de determinados medicamentos- como pueden ser analgésicos narcotizantes- que relajan al paciente y que mitigan su sufrimiento (Gómez Jara, 2021, pág. 45).

Desde un punto de vista legislativo, a nivel estatal nos encontramos con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 12.2 letra g) se establece que la atención primaria comprenderá la atención paliativa a enfermos terminales. A nivel autonómico, señalamos la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, cuyo ámbito de aplicación comprende la Comunidad Autónoma de Galicia, y que reconoce el derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y al tratamiento del dolor².

² Artículo 11 de la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales: *“1. Todas las personas en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir cuidados paliativos integrales de calidad. 2. El paciente tiene derecho a recibir la atención idónea que*

Consideradas estas cuestiones, hay quien piensa que los cuidados paliativos no son más que una forma de eutanasia, pero ello no es realmente así. Mientras el objetivo de la eutanasia no es más que la muerte del paciente, dentro del marco del derecho a una muerte digna, los cuidados paliativos no buscan en este sentido acabar con la vida de un individuo, sino aminorar el sufrimiento que este puede estar padeciendo, siempre y cuando dé su consentimiento para ello, aspecto que comparte con la eutanasia.

En lo que respecta al suicidio asistido, o auxilio al suicidio, regulado también por la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia, se diferencia de esta en que no es un profesional sanitario quien provoca la muerte directa del paciente, sino que es este mismo quien se autoadministra la sustancia que le haya prescrito el médico, quien lo asistirá hasta el momento del fallecimiento (Gómez Jara, 2021, pág. 108). Por tanto, son figuras bastante semejantes, y que vienen a cumplir prácticamente los mismos requisitos, pero que difieren en cuanto a quién ejecuta la muerte.

Por último, cabe hablar de la cooperación al suicidio, penada en el artículo 143 del Código Penal (CP). La cooperación al suicidio consiste en la realización de aquellos actos necesarios para que tenga lugar el suicidio de una persona, delito que se agrava en aquellas situaciones en las que, además, se ejecuta la muerte. No obstante, de acuerdo con los apartados 4 y 5 del citado artículo, aquellas penas impuestas se reducirán en uno o dos grados cuando esa cooperación se realice con respecto a *“una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insostenibles”*, siempre que ello lo pidiese de forma expresa, seria e inequívoca, salvo cuando se esté cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia, caso en el que no habrá responsabilidad penal.

4. LA LIBERTAD Y EL DERECHO A LA VIDA. DERECHO A UNA MUERTE DIGNA: MARCO CONSTITUCIONAL

Como ya introdujimos, el derecho a la vida está reconocido en el artículo 15 de nuestro texto constitucional³. El bien jurídico protegido por este derecho es, por tanto, la vida

prevenga y alivie el dolor, incluida la sedación si el dolor es refractario al tratamiento específico. 3. El paciente en situación terminal o agonía tiene derecho a recibir sedación paliativa, cuando lo precise”.

³ Artículo 15 de la CE: *“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 degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes militares para tiempos de guerra”.*

humana, o, dicho de otra forma, la convicción de que toda vida humana es digna de ser vivida (Díez Picazo, 2021, pág. 205). Sin embargo, cuando hablamos de este derecho, no lo podemos hacer de forma aislada.

El derecho a la vida guarda relación con la idea de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad del artículo 10.1 de la CE, así como con el valor libertad, reconocido como valor superior del ordenamiento jurídico español en el artículo 1.1 de la CE. En relación con esta libertad, indica el Tribunal Constitucional en el FJ 6 de la STC 132/1989 que “[...] *ha de partirse forzosamente del art. 1.1 del texto constitucional, que consagra la libertad como <<valor superior>> del ordenamiento jurídico español, lo que implica, evidentemente, el reconocimiento, como principio general inspirador del mismo, de la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias*” (Gimbel García, 2020, pág. 99). En este mismo sentido, la STS de 12 de enero de 2001, en relación a la libertad individual y el derecho a la autonomía del paciente, establece que “[...] *constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizadas a la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad personal, decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la auto disposición sobre el propio cuerpo*” (Gómez Jara, 2021, pág. 21).

Además, el derecho a la vida puede guardar también relación con el artículo 18.1 de la CE, que reconoce el derecho a la intimidad, de manera que la propia muerte podría configurarse como un asunto esencialmente personal y privado (Díez Picazo, 2021, pág. 215).

En conclusión, podríamos afirmar que existe cierta vertiente negativa del derecho a la vida, aun no estando reconocida como tal en la Constitución, pues entraría dentro del marco de la libertad personal e individual el derecho a tomar las decisiones que uno estime oportuno. Es por ello por lo que conductas como el suicidio, por ejemplo, no están penadas en nuestro país; en el caso de la eutanasia, la situación es, o ha sido, mucho más compleja.

5. LA EUTANASIA EN ESPAÑA ANTES DE SU LEGALIZACIÓN. ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA

Antes de que la eutanasia fuese legal en España, su regulación se encontraba nada más y nada menos que en el Código Penal, pues esta era considerada como una conducta punible; más concretamente, se encontraba tipificada en el artículo 143.4 del texto penal, que establecía lo siguiente: *“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”*.

La eutanasia se concibe como una modalidad de suicidio en que la decisión de morir nace con el fin de evitar un grave sufrimiento, pero a diferencia de lo que ocurre con el suicidio, no es aquí el sujeto que desea morir quien provoca su propia muerte, sino que requiere de la ayuda de un tercero. Así pues, la eutanasia se prevé como una atenuación del delito de cooperación al suicidio, recogido en los apartados 2 y 3 del también artículo 143 del CP en sus modalidades de cooperación necesaria y cooperación ejecutiva al suicidio respectivamente⁴. No obstante, los tipos de eutanasia que eran punibles, de acuerdo con lo establecido en el citado precepto, eran la eutanasia directa y activa, esto es, aquella que tiene como objetivo dar la muerte a una persona mediante la realización de actos encaminados a ello. Por tanto, la eutanasia indirecta y la eutanasia pasiva no eran punibles, pues estas eran más bien conductas atípicas en las que la muerte no era más que una consecuencia accesoria derivada, o bien de la elección de un tratamiento cuyo fin es hacer soportable el sufrimiento padecido, o bien de rechazar tal tratamiento (Rey Martínez, 2008, págs. 89-90).

Esta tipificación de la eutanasia supuso grandes críticas y debates desde un primer momento, pero ello ya venía de atrás. Autores como José Román Flecha Andrés- quien destacó la capacidad de regulación de otros Estados (Flecha Andrés, 1988)-, o Ángel Torío López- quien a la hora de hablar de eutanasia activa, hacía una distinción entre

⁴ Artículo 143.2 y 3 del CP: *“2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara al punto de ejecutar la muerte”*.

antijuricidad y culpabilidad (Torío López, 1989-1990)⁵-, ya venían afirmando antes de la entrada en vigor del Código Penal de 1995 que el tema de la eutanasia era frecuente en los medios, tanto en diarios como en la televisión, y que constituía el objeto de un gran debate que llevaba teniendo lugar desde las sociedades y culturas más primitivas. Ello no quiere decir, sin embargo, que todos fueran argumentos a favor de la legalización de la eutanasia, pues al igual que había defensores, también había detractores.

A. RAZONES PARA LA PROHIBICIÓN DE LA EUTANASIA

Aquellos que no están a favor de la eutanasia plantean, al igual que sus partidarios, cuestiones de carácter moral y ético. Entre estas, sobresale el hecho de que optar por la muerte no garantiza la idea de dignidad humana del artículo 10.1 de la CE, además de que la labor de los médicos es curar, no matar (M.R., 2020).

Para algunos, la eutanasia no es más que la salida a un problema que, si bien es grave y extremo, pues hablamos de gente que padece enfermedades terminales o incurables, no genera una legislación socialmente justa. En este sentido, la Associació Catalana d'Estudis Bioètics (ACEB) sostiene que *“los casos extremos son utilizados y presentados como irresolubles, por lo que si hoy aceptamos matar intencionadamente a un paciente como solución para un problema, mañana podemos halar una centena de problemas para los cuales matar sea una solución”* (Bioètics, 2001, pág. 5).

El autor José Francisco Gimbel García destaca el informe del *Task Force on Life and the Law* del Estado de Nueva York, modificado a raíz de los casos *Washington v. Glucksberg* y *Vacco vs. Quill* (ambos de 1996), en el que se establecían tres objetivos por los cuales se prohibían el suicidio asistido y la eutanasia: preservar la vida de los ciudadanos, prevenir los suicidios y mantener la integridad de la profesión médica (Gimbel García, 2020, págs. 39-40). Con relación a este último objetivo, también hace referencia la ACEB, para la cual la despenalización de la eutanasia supone impunidad para el médico, pudiendo matar a su antojo (Bioètics, 2001, pág. 6).

⁵ “[...] el dato de que una acción sea objetivamente antijurídica no quiere decir, sin embargo, que sea culpable, es decir, personalmente atribuible, o subjetivamente imputable al autor. En favor de esta conclusión pueden ser evocados algunos casos límite en el ámbito de la eutanasia activa. El marido, por ej., da muerte a la mujer afectada por un destructivo proceso canceroso [...]. Lo que en tales hipótesis realmente se debate es si al haber cedido emocionalmente el autor a consideraciones de humanidad y solidaridad cabe hablar todavía de reprochabilidad personal (=culpabilidad), o si, por el contrario, un pensamiento penal fina y concretamente articulado puede configurar soluciones legislativas que coordinen satisfactoriamente los principios de intangibilidad de la vida y de humanidad” (Torío López, 1989-1990, pág. 243).

Entre otros argumentos en contra, señalamos el que, al igual que el suicidio, la eutanasia no tiene vuelta atrás, y que, en realidad, esta no evita el sufrimiento, sino que lo enmascara (20 argumentos contra legalizar la eutanasia: ¿cuántos de éstos habías pensado por tu cuenta?, 2020), así como que su legalización supone una reducción de los gastos sociales a costa de la muerte de personas (La despenalización de la eutanasia en España: 9 razones a favor y 9 respuestas, 2021).

B. RAZONES PARA LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Si bien podían parecer numerosos los argumentos en contra de la despenalización de la eutanasia, también lo eran sus argumentos a favor. Según la mayoría de las encuestas realizadas en España durante los años antes a la entrada en vigor de la LO 3/2021, entre un 75% y 85% de la población estaba a favor de la despenalización de la eutanasia (Eutanasia y suicidio asistido en España, 2020).

Los motivos por los que se proclamaba tal despenalización, y su consecuente regulación, versaban en torno a los ya explicados artículos 10 y 15 de nuestro texto constitucional, esto es, los derechos a la dignidad y a la vida humanas, así como en torno a la libertad de todo sujeto a decidir sobre su propio cuerpo, pues el derecho a morir dignamente se incluye dentro de la esfera individual de cada uno.

También la tipificación de la eutanasia en el Código Penal fue fuertemente criticada por una parte de la doctrina. En este sentido, Muñoz Conde expresa que *“el conflicto entre calidad y santidad de la vida, a cuál más importante y respetable, solo puede resolverse en Derecho penal en el ámbito del estado de necesidad como causa de justificación, y no simplemente en el ámbito de las causas de exculpación o atenuación de la pena, pues no se trata de perdonar, de comprender una actuación determinada en unas circunstancias dramáticas, sino de autorizar y regular una forma de ayuda a morir con dignidad y sufrimiento que puede ser absolutamente loable”* (Muñoz Conde, 2021).

Pero además de estas razones, fueron muchos los casos que tuvieron lugar en nuestro país los que acabaron resultando determinantes para, finalmente, legalizar la práctica de la eutanasia. Así, cabe destacar el famoso caso de Ramón Sampederro, quien fue conocido como el primer gran activista a favor de la eutanasia, y que, incluso, llegó hasta el Tribunal Constitucional y a la Comisión Europea de Derechos Humanos para poder cumplir el deseo de acabar con su vida, pues llevaba más de 25 años postrado en una

cama. Sin embargo, terminó por ingerir cianuro potásico con la ayuda de la que era su pareja por aquel entonces, Ramona Maneiro, quien, una vez ya prescrito el delito, confesó haberlo hecho (Guntín, 2019). Este caso fue tan conocido y controvertido que hasta se hizo una película sobre ello: “*Mar adentro*”⁶.

No solo el caso de Ramón Sampedro fue el que hizo eco en España, sino que hubo muchos casos más, por ejemplo, el de José Antonio Arrabal, a quien le fue diagnosticado Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y decidió terminar con su vida por su propia mano en el año 2017 (Redondo, 2021), o el caso de María José Carrasco, en el año 2019, que también padecía ELA, y que fue ayudada por su marido Miguel Hernández, quien grabó el proceso con el fin de hacer pública su lucha en favor de la legalización de la eutanasia, y que fue procesado en un primer momento por un delito de violencia de género- finalmente se le retiró la acusación tras la entrada en vigor de la ley de la eutanasia- (España se convirtió en el cuarto país de Europa en legalizar la eutanasia, 2021).

6. LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE. EL TESTAMENTO VITAL

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cobra especial importancia a la hora de hablar de la eutanasia, no porque sea objeto de su regulación⁷, sino por los derechos que en esta se reconocen.

En este sentido, partimos de lo dispuesto en el artículo 2 de la citada ley, en cuyo apartado segundo, por un lado, se proclama la exigencia legal del previo consentimiento del paciente ante toda actuación en el ámbito sanitario. Este precepto ha de relacionarse necesariamente con los artículos 4 y 8, en que se reconocen los derechos a la información asistencial- esto es, el derecho de los pacientes de conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud, y cuyo cumplimiento queda en manos del médico y profesionales sanitarios responsables- y al consentimiento informado- que ha de ser libre y voluntario-, respectivamente. Por otro lado, el apartado tercero del mismo artículo 2 establece el derecho a decidir libremente del paciente entre las opciones clínicas disponibles, continuando el apartado cuarto con que existe un derecho a negarse al

⁶ Disponible en: <https://www.rtve.es/play/videos/somos-cine/mar-adentro/6364029/>

⁷ Artículo 1 de la Ley 41/2002: “*La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica*”.

tratamiento, salvo en aquellos casos determinados por la ley, y siempre que se haga por escrito.

Si bien son de gran importancia estos derechos a la información sanitaria y al consentimiento informado, básicos para poder referirnos a una autonomía del paciente, también es destacable otra figura dentro de la Ley 41/2002: el testamento vital, también conocido como documento de instrucciones previas o de voluntades anticipadas. Así, el apartado primero de su artículo 11 establece que *“por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez, llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”*.

De esta manera, el testamento vital se constituye como aquel documento fundado en la autonomía de la voluntad de la persona en que se manifiestan de forma anticipada los cuidados que uno desee en caso de sufrir una enfermedad o padecimiento que impidiera hacerlo en ese momento. Por tanto, hablaríamos de una declaración de voluntad que produciría efectos jurídicos *inter vivos*, pero también *mortis causa* (Jiménez Muñoz, 2010), pues también podrá declararse sobre si se es donante de órganos, el tipo de ceremonia funeraria que uno quiere que se celebre, el destino del cuerpo... (Guía Para Realizar el Testamento Vital, 2021).

También se contempla la posibilidad de que el otorgante pueda designar un representante, pero la función de este no sería exactamente la de representación, sino la de intérprete del documento, así como de velar por su correcto cumplimiento por los médicos, esto es, se trataría más bien de un ejecutor de la voluntad del otorgante (Jiménez Muñoz, 2010).

En definitiva, podrán incluirse todas aquellas instrucciones que uno estime convenientes, incluso en cuanto a la eutanasia y al suicidio asistido- pues ello es posible desde la aprobación de la LO 3/2021-, siempre y cuando no sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la *“lex artis”*, ni a las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado hubiese previsto (artículo 11.3 Ley 41/2002); sin embargo, estas no desplegarían su eficacia hasta una vez el otorgante careciera de capacidad para expresar su voluntad (Gómez Jara, 2021, págs. 59, 61).

Además de la Ley 41/2002, y, por tanto, de una regulación a nivel estatal, existen leyes de carácter autonómico que también regulan los derechos de los pacientes, así como el testamento vital. En el caso de Galicia, ello aparece recogido en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y en la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

Dispone el apartado segundo del artículo 11 de la Ley 41/2002 que “*cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito*”, siguiendo su apartado quinto con que, para asegurar su eficacia, el documento se formalizará de acuerdo con la normativa de las Comunidades Autónomas y se anotará en el Registro nacional creado en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Así pues, el testamento vital habrá de ser objeto de registro en la Comunidad Autónoma pertinente, que deberá comunicar dentro de los siete días siguientes la existencia de aquel al Registro nacional de instrucciones previas de acuerdo con el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de carácter personal (Gómez Jara, 2021, pág. 69).

El registro de las instrucciones previas aporta una gran seguridad al otorgante, pero el hecho de no estar inscritas no supone la invalidez del documento, sino que este seguiría siendo perfectamente válido (Gómez Jara, 2021, págs. 70-71).

Por último, cabe señalar que existen varios modelos del documento del testamento vital de acuerdo con las ideologías y circunstancias de cada caso. Entre ellos, destacamos el modelo de la DMD (Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente) y el de la Conferencia Episcopal Española- pensado para aquellas personas practicantes de la religión católica-, pero también existen distintos modelos en función de la Comunidad Autónoma ante la que nos encontremos (Gómez Jara, 2021, págs. 64-65) (Anexo: Testamento Vital de Galicia).

7. DERECHO COMPARADO

Antes de adentrarnos en la regulación española, es interesante abordar el ámbito de la eutanasia en el plano internacional.

Cabe destacar, en este sentido, la STEDH 2013/52, de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza)⁸, en la cual manifestó la sección segunda del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) que no es aceptable que un país que ha despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico al respecto (Berrocal Lanzarot, 2021). De hecho, puede hablarse de una posible vulneración del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH)⁹, al tratarse la concepción de “vida privada” de una noción amplia en la que, para el TEDH, se incluye el derecho a la autodeterminación (Caso Pretty vs. UK, de 20 de abril de 2002)¹⁰ (Gimbel García, 2020, págs. 165-169).

Existen siete países en el mundo en que tanto la eutanasia activa como el suicidio asistido es legal, siendo España el sexto país que cuenta con esta regulación. No obstante, cabe destacar que también hay Estados en que solo el suicidio asistido es legal, como es el caso de Austria, Suiza, y algunos Estados de Estados Unidos (California, Montana, Vermont, Washington, New Jersey, Maine) y de Australia (Western) (Gómez Jara, 2021, págs. 111-114). Además, podemos hablar de Estados en que únicamente es legal la eutanasia pasiva-esto es, el rechazo de tratamientos o retiro del soporte vital-, como Finlandia, Noruega o Dinamarca, por ejemplo, y de Estados en que ninguna de estas prácticas es legal, como ocurre en Rusia (RTVE, 2021).

Así, pasaremos a explicar brevemente la regulación de la eutanasia activa en los otros seis países en que esta es legal: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Colombia, Canadá y Nueva Zelanda.

⁸ Este caso tiene origen en una demanda dirigida por la señora Alda Gross contra la Confederación Suiza debido a la imposibilidad de acceso a una receta médica en la cual se le prescribiese una dosis letal de medicamento. El TEDH consideró que ello se trataba de una privación del derecho a decidir los medios y el momento de poner fin a su vida, que vulneraba el art. 8 del CEDH (Gimbel García, 2020, pág. 171).

⁹ Artículo 8 CEDH: “1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia. 2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”.

¹⁰ “La dignidad y la libertad del hombre son la esencia misma del Convenio. Sin negar de forma alguna el principio del carácter sagrado de la vida protegido por el Convenio, el Tribunal considera que la noción de calidad de vida toma todo su significado desde el punto de vista del artículo 8. En una época en la que se asiste a una sofisticación médica creciente y a un aumento de la esperanza de vida, muchas personas temen que se les fuerce a mantenerse vivas hasta una edad muy avanzada o en un estado de ruina física o mental en las antípodas de la percepción aguda que ellas tienen de sí mismas y de su identidad personal” (párrafo 65 Sentencia Caso Pretty vs. UK).

A. PAÍSES BAJOS

La ley de la eutanasia de los Países Bajos- Ley “*Korthals/Borst*” de “Verificación de la terminación de la Vida a Petición Propia y al Auxilio al Suicidio” (Rey Martínez, 2008, pág. 47)- fue la primera del mundo en regular y despenalizar esta actividad, entrando en vigor el 1 de abril de 2002 (Serrano Ruiz-Calderón, 2007, págs. 380-382).

En un principio, la eutanasia está tipificada como delito en el Código Penal holandés cuando esta consistiese en un “homicidio a petición” (artículo 293) o en una “inducción y auxilio al suicidio” (artículo 294), si bien se considerará justificada y lícita aquella practicada por médico (Zapatero Méndez, 2017)- cumpliendo una serie de exigencias con el fin de evitar la aplicación de los tipos penales anteriores; más concretamente, habrá de haber informado al paciente de su situación y pronóstico, y requerirá de la consulta de otro médico, que emitirá un informe al respecto- (¿Cómo se practica la eutanasia en Holanda?, 2019), y que cumpla con los siguientes requisitos: 1) que el paciente sufra una enfermedad irreversible o se encuentre en fase terminal y 2) que padezca un dolor insoportable y diario (Holanda plantea legalizar la eutanasia para personas mayores ‘cansadas’ de vivir, 2020).

La eutanasia en los Países Bajos puede ser solicitada por niños mayores de 12 años bajo el consentimiento obligatorio del paciente, así como de sus padres. Además, en el año 2020 se aprobaron una serie de planes que permitirían practicar la eutanasia a menores de entre 1 y 12 años que padezcan una enfermedad terminal, si bien todavía no existe regulación al respecto (Países Bajos aprueba planes para practicar la eutanasia a niños menores de 12 años, 2020); pero más destacable es la existencia del “Protocolo de Groningen”, mediante el cual se permite la práctica de la eutanasia a recién nacidos en casos de deficiencias muy graves y bajo una serie de circunstancias específicas, siempre y cuando sea requerido y consentido por ambos progenitores (Verhagen, 2019).

B. BÉLGICA

De forma paralela a los Países Bajos, el 28 de mayo de 2002 es también despenalizada la eutanasia en Bélgica, cuya ley, la “*Loi relative à l’euthanasie*”, se ha redactado siguiendo el modelo holandés, y que fue objeto de reforma en el año 2014 (Gimbel García, 2020, pág. 139).

Los requisitos para poder llevarse a cabo la eutanasia en el Estado belga se encuentran recogidos en el artículo 3 de la citada ley, que son: la petición voluntaria, reflexiva y reiterada (1) del enfermo que padezca un sufrimiento, físico o psíquico (2), insoportable e incurable (3) (Zapatero Méndez, 2017). Luego de practicada, el médico habrá de entregar, en el plazo de cuatro días, un documento de registro a la Comisión Federal de Control y Evaluación, quien lo examinará y comprobará si la eutanasia se realizó de acuerdo con lo establecido en la ley (artículos 5 a 8 de la Ley del 28 de mayo de 2002).

Al igual que en los Países Bajos, también se permite la práctica de la eutanasia en menores de edad, si bien en Bélgica, a diferencia del primero, no existe límite de edad, lo que en su momento fue bastante controvertido (Deutsche Welle, 2020). No obstante, solo podrá solicitarse cuando el sufrimiento del menor sea físico, con consentimiento de sus representantes legales, y cuando los médicos acrediten que, en cualquier caso, el enfermo moriría a corto plazo (Abellán, 2014).

C. LUXEMBURGO

El 16 de marzo de 2009, el Diario Oficial del Gran Ducado de Luxemburgo publicó las siguientes leyes: la Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio (LEAS), y la Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, a la directiva del testamento anticipado y al acompañamiento al final de la vida (Gimbel García, 2020, pág. 143).

Dejando de lado esta última, la LEAS dispone en su artículo 1 que *“se entenderá por eutanasia el acto, practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de la misma. Por asistencia al suicidio se entenderá el hecho de que un médico ayude intencionalmente a otra persona a suicidarse o procure a otra persona los medios a tal efecto, a la demanda expresa y voluntaria de la misma”*¹¹.

En este sentido, la regulación luxemburguesa es bastante similar a la holandesa y a la belga, pues la persona que solicita la eutanasia, o, en su caso, el suicidio asistido, deberá encontrarse en una situación médica sin solución y en un estado de sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin perspectiva de mejoría, si bien únicamente podrá

¹¹ Traducción por la Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente (DMD).

ser solicitada por personas mayores de edad, y siempre que dicha petición sea voluntaria, reflexiva y reiterada, así como por escrito (artículo 2.1 de la LEAS).

En todo caso, para poder llevar a cabo tal petición, se requerirá de la aprobación de dos médicos y de un panel de expertos.

Al igual que en Bélgica, una vez practicada la eutanasia, el médico habrá de remitir un documento registro, si bien no en el plazo de cuatro días, sino de ocho, a la Comisión Nacional de Control y Evaluación, también a efectos de comprobar la correcta práctica de aquella (artículos 5 y siguientes de la LEAS).

D. COLOMBIA

El Código Penal colombiano de 1980 disponía en su artículo 326 que *“el que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”*, esto es, se penalizaba el conocido como homicidio por piedad. No obstante, este artículo fue objeto de demanda en el año 1996, cuya base consistía en considerar el citado artículo como inconstitucional al violar ciertos artículos de la Carta Magna de Colombia (Rey Martínez, 2008, pág. 157).

La sentencia C-239/97, de 20 de mayo, de la Corte Constitucional de Colombia fue de lo más sorprendente, pues no solo resultó contraria a la demanda planteada, sino que, con ello, eximió a los médicos de cualquier pena en caso de realizar un homicidio por piedad, siempre y cuando nos encontrásemos ante un enfermo terminal que padeciese un intenso sufrimiento o dolor, que hubiese solicitado libremente y en pleno uso de sus facultades mentales la práctica de este “homicidio”, y que dicho procedimiento lo hubiese realizado una persona cualificada, es decir, un médico (Díaz-Amado, 2017)¹².

A pesar de esta despenalización de la eutanasia, que no contaba con regulación alguna, en el año 2000 entra en vigor un nuevo Código Penal en que, de nuevo, se castiga el homicidio por piedad, más concretamente en su artículo 106, sin hacer alusión alguna a esos límites establecidos en la C-239/97, de 20 de mayo. Además, el artículo 107 del texto penal castiga la inducción y la cooperación al suicidio, atenuándose en aquellos casos en

¹² Corte Constitucional de Colombia en la C-239/97, de 20 de mayo: *“... el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad”* (Rey Martínez, 2008, pág. 157).

que cuyo fin era poner fin a “*intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable*” (Rey Martínez, 2008, págs. 157-158).

Con todo, el 15 de diciembre de 2014 se dicta una nueva sentencia por la Corte Constitucional colombiana al hilo de la demanda interpuesta en el año 2013 por Julia, una enferma de cáncer terminal que exigía la práctica de la eutanasia que le había sido denegada por EPS Coomeva alegando falta de regulación al respecto (Díaz-Amado, 2017). Si bien la paciente acabó muriendo, su demanda supuso un punto de inflexión en el ordenamiento jurídico de Colombia; así, la sentencia T-970/14, de 15 de diciembre, reafirmando lo dicho por su antecesora, la C-239/97, reconoció el derecho a morir dignamente como un derecho fundamental, y, además, solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) que, en el plazo de 30 días, estableciera una guía para que, tanto prestadores del servicio de salud, como pacientes, supieran cómo proceder con relación a la eutanasia (punto 7.2.5 párrafo segundo del apartado “consideraciones y fundamentos de la Corte” y punto cuarto del apartado “resuelve” de la Sentencia T-970/14, de 15 de diciembre).

En orden a este mandato, el MSPS dicta la Resolución 1216, de 20 de abril de 2015, por la que “*se imparten directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las sentencias C-239 de 1997 y T-790 de 2014*¹³” (artículo 1 de la Resolución 1216, de 20 de abril de 2015).

Por último, a partir de la sentencia T-544/17 de la Corte Constitucional, y de la sucesiva regulación en la Resolución 825 de 2018, los menores de entre 6 y 17 años podrán también solicitar la eutanasia en Colombia, casos en los que se requerirá, no solo de la capacidad de entendimiento del menor ante tal petición, sino también del consentimiento de sus progenitores, salvo para los menores de entre 14 y 17 años, en que este no será necesario (Jaramillo Salazar, 2021).

¹³ Requisitos y condiciones establecidos en las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014: encontrarnos ante un enfermo terminal que padezca un intenso sufrimiento o dolor, que solicite libremente y en pleno uso de sus facultades mentales la práctica de la eutanasia, y que tal práctica sea llevada a cabo por personal médico cualificado (Díaz-Amado, 2017).

E. CANADÁ

En la sentencia *Carter vs. Canadá*, de 6 de febrero de 2015, la Corte Suprema de Canadá dictaminó que la prohibición de la ayuda médica para morir a determinadas personas y en determinadas condiciones, supone una vulneración del artículo 7 de la Carta Magna canadiense, en que se reconoce el derecho fundamental a la vida, la libertad y la seguridad personal (Gimbel García, 2020, pág. 160). Fue a raíz de esta sentencia por la que se aprobó el Proyecto de Ley C-14 en el año 2016, en el cual se permitía la práctica de la eutanasia y del suicidio asistido por un médico, siendo conocidas de forma conjunta como “*MAID*” (“*Medical Aid in Dying*” o ayuda médica para morir) (Kmorad, 2021).

No obstante, la eutanasia, o, en su caso, el suicidio asistido, no podía practicarse a cualquier tipo de paciente, sino solo a aquel que padeciera una enfermedad terminal, esto es, cuya muerte era previsiblemente razonable. Por este motivo, el Tribunal Superior de Quebec impugnó la constitucionalidad de la C-14 en el año 2019, lo que supuso la propuesta de un nuevo proyecto de ley. Este es conocido como el Proyecto de Ley Bill C-7, en el que se extiende el derecho de eutanasia a aquellas personas que padezcan enfermedades crónicas no terminales junto con un sufrimiento físico o psíquico intolerable e intratable (Kmorad, 2021).

De nuevo, en el año 2021 se hace una revisión del Proyecto de Ley Bill C-7 ante la discriminación de las personas enfermedades psiquiátricas o mentales. En este sentido, la Asociación Psiquiátrica Canadiense (CPA) dijo que “*no debían ser discriminadas sobre la base de su discapacidad*”, y que debían disponer de las mismas opciones que los demás. Así las cosas, el 17 de marzo de 2021 se aprobó la ampliación de la C-7, si bien su aplicación a pacientes con enfermedades de tipo psiquiátrico no tendrá lugar hasta el 17 de marzo de 2023, es decir, que no quedarán cubiertos por la ley hasta dos años después de la aprobación de su reforma; ello con el fin de estudiar cómo aplicar la ley con la mayor seguridad y con las salvaguardas más idóneas para proteger a estas personas (García de Leániz, 2021).

F. NUEVA ZELANDA

La ley de la eutanasia de Nueva Zelanda se aprueba por el Parlamento el 13 de noviembre de 2019, siendo respaldada por el referéndum celebrado el 30 de octubre de 2020 (obtuvo el 65'2% de los votos (Jover, 2020)), entrando en vigor el 7 de noviembre de 2021

(Dionis, 2022). Así las cosas, el país neozelandés, aun siendo el último en incorporarse en la lista de Estados en que la práctica de la eutanasia es legal, ha sido el primero en el que la aprobación de esta se ha llevado a cabo por decisión de los ciudadanos.

La finalidad de dicha ley, según su cuerpo legal, es “*dar a las personas que padecen una enfermedad terminal y que cumplen determinados criterios la opción de solicitar legalmente asistencia médica para poner fin a su vida; y establecer un proceso legal para asistir a las personas elegibles que ejercen esa opción*” (Nasanovsky, 2022). En este sentido, y en lo que respecta a sus requisitos, podrán acceder a la eutanasia solo aquellas personas que padezcan enfermedades terminales a las que les queden menos de seis meses de vida, siempre que hayan sido debidamente informadas por dos especialistas médicos, y cuando experimenten un nivel insoportable de sufrimiento que no pueda ser aliviado (Europa Press, 2021). Además, el paciente habrá de ser mayor de edad, residente neozelandés y estar en facultades de tomar una decisión informada al respecto (Dionis, 2022).

Por tanto, aquellos que padezcan alguna enfermedad mental, una discapacidad de cualquier otro tipo, o que tengan una edad avanzada, no podrán optar a la práctica de la eutanasia (Nasanovsky, 2022). Es por este motivo por el que, aun siendo reciente la entrada en vigor de la citada ley, algunos opinan que no cubre las suficientes garantías (Jover, 2020), al igual que sucedía, en su momento, en Canadá.

8. LA REGULACIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

A. ANTECEDENTES DE LA LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Antes de la aprobación de la LO 3/2021, ya se habían presentado en varias ocasiones proposiciones parlamentarias para debatir una ley que regulase la eutanasia, siendo rechazadas por la mayoría del Congreso, a pesar del resultado positivo en las encuestas realizadas a los ciudadanos al respecto (Gómez Jara, 2021, pág. 101). De hecho, en la primera encuesta realizada por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), a día 31 de mayo de 1988, un 60% se mostraba partidario de la eutanasia en el caso de enfermos terminales (Gimbel García, 2020, pág. 52).

La primera iniciativa parlamentaria tuvo lugar el 26 de enero de 1998, en que se presentó, de la mano del Grupo Parlamentario Mixto, ante el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley Orgánica sobre disponibilidad de la propia vida (122/000124), en cuyo artículo primero se planteaba lo siguiente: “*El apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, queda redactado en los siguientes términos: <<4. Quedará exento de pena quien, mediante actos necesarios o de cooperación activa, permitiere, propiciare o facilitare la muerte digna y sin dolor de otra persona, a petición expresa, libre e inequívoca de esta, en caso de que sufriera una enfermedad grave que hubiera concluido necesariamente a su muerte o le produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, o que, siendo permanente, le incapacitara de manera generalizada para valerse por sí misma>>*”. Esta propuesta contó con 25 votos a favor, 289 votos en contra y 6 abstenciones (Gimbel García, 2020, págs. 82-83).

Tras la negativa de la primera, el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida (IU) presentó una nueva Proposición de Ley Orgánica de despenalización de la eutanasia (122/000127), en cuyo primer artículo, similar al de la proposición de ley anterior, se establecía: “*El apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, queda redactado de la siguiente forma: <<4. No incurrirá en delito alguno del presente título el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, que conste en documento público, y mediando dictamen facultativo que constate la situación médica del paciente, cuando de forma irreversible: a) Sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a la muerte tras graves padecimientos físicos o psíquicos. b) Padeciera enfermedad crónica que produjera graves padecimientos físicos o psíquicos permanentes difíciles de soportar. En los casos de pérdida definitiva de consciencia, e insuperable, con reducción absoluta de sus facultades vitales autónomas los familiares en primer grado, y en su defecto quien ejerza representación legal con arreglo al Código Civil, podrán realizar del facultativo correspondiente dicha petición de actos necesarios y directos*”. La propuesta de IU contó con 24 votos a favor, 288 votos en contra y 5 abstenciones (Gimbel García, 2020, págs. 82-83).

Fueron numerosas las Proposiciones de Ley a propósito de la eutanasia y del suicidio asistido presentadas durante el año 2000 en adelante, hasta que, finalmente, en el año 2018, se admitió a trámite la presentada por el Grupo Parlamentario Socialista (PSOE),

junto con otra impulsada por el Parlamento de Cataluña, en que no solo se despenalizaba la práctica de la eutanasia, sino que esta también se constituía como un derecho individual en el sentido siguiente: *“la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición 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”* (ElDerecho.com, 2020).

El Congreso de los Diputados aprobó con 198 votos a favor, frente a 138 votos en contra y 2 abstenciones, la Proposición de Ley impulsada por el PSOE el 17 de diciembre de 2020 (Cruz, 2020), siendo también aprobada en el Pleno del Senado celebrado los días 9 y 10 de marzo de 2021, con 155 votos a favor, 100 votos en contra y 3 abstenciones (El pleno del Senado aprueba con modificaciones la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, que vuelve al Congreso para su aprobación definitiva, 2021).

Así las cosas, la proposición volvió al Congreso de los Diputados, donde se aprobó finalmente, el 18 de marzo de 2021, la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que entró en vigor tres meses después de su publicación en el BOE, esto es, el 25 de junio de 2021 (Bruni, 2021).

B. ESTRUCTURA Y OBJETO DE LA LEY

De acuerdo con el preámbulo de la LO 3/2021, esta busca *“legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables”*, siguiendo con que *“la presente ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole”* (Preámbulo I párrafo quinto LO 3/2021, de 24 de marzo).

Esta ley se estructura en cinco capítulos, en que se establecen los siguientes aspectos: en primer lugar, el objeto y ámbito de aplicación (Capítulo I); en segundo lugar, los requisitos necesarios para poder solicitar la prestación de ayuda a morir y cuáles son las condiciones para su práctica (Capítulo II); en tercer lugar, la regulación del procedimiento (Capítulo III); en cuarto lugar, la garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

(Capítulo IV); y en quinto y último lugar, se regulan las Comisiones de Garantía y Evaluación (Capítulo V) (Jiménez Herrera y Escalada-Roig, 2022).

Acudiendo, por tanto, al Capítulo I, podemos decir que el objeto de la presente ley, de acuerdo con su artículo primero, es *“regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse”*, así como *“determina los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley”* (artículo 1 LO 3/2021, de 24 de marzo).

Cabe destacar, en todo caso, la Disposición adicional primera de la ley, que establece que *“la muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma”*. Por tanto, a esta forma de morir le será igualmente aplicable el artículo 32 del Código Civil, en que se dispone que la muerte de las personas extingue su personalidad civil, produciendo efectos tales como la extinción de las relaciones jurídicas y patrimoniales no transmisibles, o la apertura de la sucesión *mortis causa* (Terribas Sala, 2022).

C. DERECHO DE LAS PERSONAS A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. REQUISITOS PARA SU SOLICITUD

Para recibir la prestación de la ayuda a morir se requiere de la concurrencia de una serie de requisitos, tanto de carácter personal, como formal (Terribas Sala, 2022).

En cuanto a los requisitos personales, se exige, en primer lugar, tener la nacionalidad española, residencia legal en España, o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses (artículo 5.1 a) LO 3/2021, de 24 de marzo).

En segundo lugar, se exige que la persona sea mayor de edad, así como capaz y consciente en el momento de la solicitud (artículo 5.1 a) LO 3/2021, de 24 de marzo). No obstante, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en cuanto a las personas con algún tipo de discapacidad. Así, el artículo 4.3 párrafo segundo, por un lado, establece que *“se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con*

discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico”; por otro lado, la Disposición adicional cuarta nos dice que *“las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en 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”*.

En tercer lugar, la persona que desee solicitar la prestación de ayuda a morir deberá padecer una enfermedad grave e incurable¹⁴, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante¹⁵, certificada por el médico responsable (artículo 5.1 d) LO 3/2021, de 24 de marzo).

En lo que respecta a los requisitos formales, entran aquí en juego dos principios de los que ya hablamos al comentar la Ley 41/2002: la información asistencial y el consentimiento informado (artículos 4 y 8 Ley 41/2002, de 14 de noviembre). En este sentido, el ya citado artículo 5.1 de la LO 3/2021 dispone en sus apartados b) y e) que será necesario, por un lado, disponer por escrito de la información que exista sobre el proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, y, por otro lado, prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir.

Además, se requerirá la formulación de dos solicitudes de forma voluntaria y por escrito, o por cualquier otro medio que deje constancia de ello, y que no sean resultado de ninguna presión externa, debiendo existir un margen de 15 días entre ambas (artículo 5.1 c) LO 3/2021, de 24 de marzo). En todo caso, estas solicitudes habrán de estar fechadas y firmadas por el paciente en presencia de un profesional sanitario, que lo rubricará (artículo 6.1 y 2 LO 3/2021, de 24 de marzo).

¹⁴ Definición de “enfermedad grave e incurable”: *“la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitada, en un contexto de fragilidad progresiva”* (artículo 3 c) LO 3/2021, de 24 de marzo).

¹⁵ Definición de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”: *“situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”* (artículo 3 b) LO 3/2021, de 24 de marzo).

No obstante, el cumplimiento de estos requisitos formales no será necesario en aquellos casos en que nos encontremos ante un paciente que no se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales ni pueda prestar su conformidad al respecto, siempre y cuando hubiera suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o testamento vital, caso en que se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en tal documento (artículo 5.2 LO 3/2021, de 24 de marzo). En estos casos, la solicitud podrá ser presentada por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del testamento vital suscrito previamente por el paciente; de no existir ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentarla (artículo 6.4 LO 3/2021, de 24 de marzo).

D. PROCEDIMIENTO

Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir, a la que se refiere el artículo 5.1 c), el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, y tras comprobar el cumplimiento de los requisitos explicados *supra* (artículos 5 y 6 LO 3/2021, de 23 de marzo), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultado esperables, así como posibles cuidados paliativos, en aras a asegurar de que comprende dicha información (párrafo primero artículo 8.1 LO 3/2021, de 24 de marzo).

De no apreciar la concurrencia de los requisitos, el médico responsable podrá denegar la prestación de ayuda para morir en el plazo máximo de 10 días naturales desde la presentación de la solicitud, siempre que lo haga por escrito y de forma motivada. En estos casos, deberá remitir, en el plazo de cinco días desde la notificación de la denegación al paciente, los documentos a los que se refiere el artículo 12 (el “*documento primero*” y el “*documento segundo*”) a la Comisión de Garantía y Evaluación competente. No obstante, el paciente podrá presentar ante aquella una reclamación contra la denegación de la solicitud en el plazo de 15 días naturales (artículo 7 LO 3/2021, de 24 de marzo).

En caso de no denegar esta primera solicitud, transcurrido el plazo establecido en el artículo 5.1 c) (“[...] dejando una separación de al menos quince días entre ambas”), y recibida la segunda solicitud, el médico responsable, de nuevo, en el plazo de dos días naturales, retomará el proceso con el paciente a fin de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación que este pudiera tener tras

la información proporcionada tras de la primera solicitud (párrafo segundo artículo 8.1 LO 3/2021, de 24 de marzo).

Luego de 24 horas, tras la finalización de dicho proceso deliberativo, se recabará del solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud. De querer continuar con el procedimiento, el médico responsable habrá de comunicarlo al equipo asistencial, así como a los familiares y allegados que el paciente señalase; además, se recabará la firma del paciente del documento de consentimiento informado. En caso contrario, dicha circunstancia sería igualmente comunicable al equipo asistencial (artículo 8.2 LO 3/2021, de 24 de marzo).

El médico responsable deberá consultar a un médico consultor¹⁶, quien, además de comprobar la concurrencia de los requisitos del artículo 5.1, o 5.2 en su caso, redactará un informe en el plazo máximo de 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, el cual pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. En caso de informe desfavorable, el paciente podrá recurrir ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente en los mismos términos previstos en el artículo 7 (artículo 8.3 y 4 LO 3/2021, de 24 de marzo).

Cumplido lo anterior, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de tres días, lo pondrá en conocimiento de la Comisión de Garantía y Evaluación competente (artículo 8.5 LO 3/2021, de 24 de marzo), cuyo presidente, en el plazo de dos días, designará a dos miembros de la Comisión, a un profesional médico y a un jurista, con el fin de que estos verifiquen la concurrencia de los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Así, en el plazo máximo de siete días naturales, se emitirá un informe, el cual, de ser favorable, servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación; de ser desfavorable, se podrá reclamar en el plazo de 20 días naturales (artículo 10.1 y 3 LO 3/2021, de 24 de marzo).

La resolución deberá ponerse en conocimiento del presidente de la Comisión, quien, a su vez, le dará traslado al médico responsable para proceder, de haber sido favorable aquella, a la prestación de ayuda para morir, todo ello en el plazo máximo de dos días naturales (artículo 10.4 LO 3/2021, de 24 de marzo).

¹⁶ Definición de “médico consultor”: “*facultativo con información en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable*” (artículo 3 e) LO 3/2021, de 24 de marzo).

La realización de la prestación de ayuda para morir deberá ser lo más cuidadosa y profesional posible, con aplicación de los protocolos correspondientes, y en la modalidad que el paciente hubiese comunicado (artículo 11 LO 3/2021, de 24 de marzo). Entre estas modalidades, distinguimos entre lo que sería la eutanasia activa propiamente dicha - esto es, aquella que consiste en la administración directa de una sustancia al paciente por parte del profesional sanitario competente (artículo 3 g) 1ª LO 3/2021, de 24 de marzo)- y el suicidio asistido- la prescripción o suministro al paciente, por parte del profesional sanitario, de una sustancia que se autoadministrará mientras aquel le asiste hasta el momento del fallecimiento (artículos 3 g) 2ª y 11.3 LO 3/2021, de 24 de marzo)-.

Practicada la prestación de ayuda para morir, en el plazo máximo de cinco días hábiles después, el médico responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación competente dos documentos separados e identificados con un número de registro (artículo 12 LO 3/2021, de 24 de marzo).

El primer documento, sellado por el médico responsable, se conoce como “*documento primero*”, en que se recogen los siguientes datos: nombre completo y domicilio del solicitante; nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico responsable; nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor; y, en caso de disponer el solicitante de un documento de instrucciones previas o equivalente en el que se señalaba a un representante, nombre completo de este, o bien, en caso de no haber nombrado a un representante, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente e situación de incapacidad de hecho (artículo 12 a) LO 3/2021, de 24 de marzo).

El segundo documento, también conocido como “*documento segundo*”, recoge, en cambio: sexo y edad del solicitante; fecha y lugar de la muerte; tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona; descripción de la patología padecida por la persona solicitante; naturaleza del sufrimiento continuo es soportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría; información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa; si existía documento de instrucciones previas o equivalente, una copia de este; procedimiento seguido; y capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas (artículo 12 b) LO 3/2021, de 24 de marzo).

E. GARANTÍA EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

La prestación de ayuda para morir está incluida en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (artículo 13 LO 3/2021, de 24 de marzo), siendo, por tanto, objeto de financiación pública, incluso cuando se practique en el domicilio del paciente (Gómez Jara, 2021, pág. 110).

De acuerdo con la Disposición adicional sexta de la LO 3/2021, para garantizar esta prestación, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaboró, en el plazo de tres meses, un manual de buenas prácticas, que sirve para orientar la correcta puesta en práctica de la ley. Este manual fue aprobado, junto con el Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho¹⁷, el 23 de junio de 2021, si bien sus recomendaciones son renovadas periódicamente (Manual de Buenas Prácticas sobre eutanasia, 2021).

En todo caso, la prestación de ayuda para morir se llevará a cabo, o bien en centros sanitarios- sean públicos, privados o concertados-, que deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la intimidad y confidencialidad de los datos del solicitante, o bien en el domicilio del paciente (artículos 14 y 15 LO 3/2021, de 24 de marzo).

F. COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Para finalizar, la LO 3/2021 regula en su Capítulo V las denominadas Comisiones de Garantía y Evaluación; más concretamente, se encarga de regular su creación, composición y funciones. Estas Comisiones fueron creadas en todas las Comunidades Autónomas, así como en las ciudades de Ceuta y Melilla, a los tres meses de la entrada en vigor de la ley (artículo 17 LO 3/2021, de 24 de marzo).

En lo que respecta a su composición, dispone el artículo 17.1 que esta tiene carácter multidisciplinar, y que debe contar con un número mínimo de siete miembros, entre los cuales se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

Cada una de estas Comisiones deberá disponer de un reglamento de orden interno, el cual habrá de ser autorizado por el órgano competente de la administración autonómica

¹⁷ Definición de “situación de incapacidad de hecho”: “*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*” (artículo 3 h) LO 3/2021, de 24 de marzo).

correspondiente, o, en el caso de Ceuta y Melilla, por el Ministerio de Sanidad (artículo 17.4 LO 3/2021, de 24 de marzo).

En cuanto a sus funciones, establece el artículo 18: a) resolver en el plazo máximo de 20 días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable hubiese denegado la solicitud de prestación de ayuda para morir, dirimir los posibles conflictos de intereses, resolver las reclamaciones a las que se refiere el artículo 10.3, así como las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por disparidad de criterios entre los miembros designados; b) verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley; c) detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas, y, en su caso, proponer mejoras concretas para su incorporación en los manuales de buenas prácticas y protocolos; d) resolver dudas o cuestiones que pudieran surgir a lo largo del procedimiento; e) elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto; y f) aquellas otras que pudieran atribuirles los gobiernos autonómicos, o, para Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

G. MODIFICACIÓN DE LA LO 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL

La Disposición final primera de la LO 3/2021 modificó el apartado 4 del artículo 143 del CP, al que también añadió un apartado 5. Así las cosas, el citado artículo pasó a redactarse en los siguientes términos:

“4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, sería e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

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

Por tanto, se seguirán sancionando aquellos casos en los que se practique la eutanasia activa directa fuera de los términos y del ámbito de la LO 3/2021, de 24 de marzo.

H. PRIMER CASO DE EUTANASIA EN ESPAÑA

Si bien fueron muchos los casos que permitieron poder hablar hoy en día de una regulación de la eutanasia en nuestro país, he querido comentar el primer caso conocido de eutanasia legal en España.

Se trata del caso de Eskarne, una mujer vasca de 86 años que, según los medios, padecía problemas de corazón y una enfermedad de tipo terminal que la dejaron sin movilidad durante los que fueron sus últimos meses de vida (Ormazabal, 2021), y que ya hacía una década había manifestado su voluntad de acogerse a una muerte inducida de ser su estado irreversible y de gran dependencia (Una mujer vasca de 86 años, primer caso conocido de eutanasia legal en España, 2021). De hecho, dejó escrito en su testamento vital que, para ella, la calidad de vida era un valor primordial, entendida como *“ausencia de sufrimiento y ausencia de dependencia para actividades básicas de la vida cotidiana”*, así como expresaba que *“no puedo considerar como válida ni de calidad suficiente aquella vida que me impide desarrollar, con autonomía razonable, las actividades básicas de la vida cotidiana, porque sería incompatible con mis creencias y valores el permanecer de modo permanente e irreversible con esa calidad de vida en grado mínimo e irreversible”* (Ormazabal, 2021).

La solicitud de la prestación de ayuda para morir fue presentada por sus familiares el mismo día que la LO 3/2021 entró en vigor, esto es, el 25 de junio de 2021 (Una mujer vasca de 86 años, primer caso conocido de eutanasia legal en España, 2021). Los trámites y gestiones de la solicitud duraron 30 días, tras los cuales, el 23 de julio de 2021, menos de un mes después de que se aprobase la LO 3/2021, el personal médico del Osakidetza (Servicio vasco de Salud) se desplazó hasta la vivienda de Eskarne para administrarle la sustancia que acabaría con su vida (Una mujer vasca, Eskarne, primera en poner final a su vida con la nueva Ley de Eutanasia, 2021).

Uno de los familiares de Eskarne declaraba que *“todos los médicos y enfermeras tuvieron una atención muy cercana, con mucha sensibilidad y humanidad. Fueron especialmente cuidadosos en el momento de la muerte, cuando tuvieron que explicarnos de forma muy precisa cómo iba a ser el final. Nos sentimos muy arropados”* (Una mujer vasca, Eskarne, primera en poner final a su vida con la nueva Ley de Eutanasia, 2021).

“Es frío, pero a la vez muy humano, un final muy digno. Para nada resultó violento. Fue en el dormitorio, con todos los seres queridos a su lado. No es fácil morir así, pero ella

ya no estaba en esta vida y no quería estar”, aseguraba otro de sus familiares (Ormazabal, 2021).

9. CONCLUSIONES

La regulación de la eutanasia ha sido, como hemos visto, una cuestión de lo más debatida y compleja a lo largo de la historia, ya no solo en nuestro país, sino en todo el mundo.

Desde tiempo atrás, la práctica de la eutanasia ha sido considerada, por muchos, como un medio por el cual personas que padecen enfermedades de tipo terminal, o por las que están sufriendo de forma constante, pueden poner fin a ese dolor, pues, recordemos, eutanasia significa “buena muerte” (“*εὐθανασία*” en griego); de hecho, en España, la población se inclinaba a favor de esta práctica ya en los años 80, cuando se realizaron las primeras encuestas por parte del CIS. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, si bien existen muchos argumentos a favor de esta práctica, también los hay en contra, como era el caso de Hipócrates y su Juramento Hipocrático, o de la Associació Catalana d’ Estudis Bioètics (ACEB), de ahí el que la eutanasia haya sido, y siga siendo, objeto de un gran debate.

En el marco internacional, podemos ver como cada vez son más los países que se suman a la regulación de la eutanasia activa, siendo Nueva Zelanda el último en incorporarse en la lista. En este sentido, es de interés destacar la regulación de tres de los siete países en que la eutanasia activa es legal, y es el caso de los Países Bajos, Bélgica y Colombia, pues si bien sus regulaciones son bastante similares a la del resto de Estados en que se legaliza dicha práctica¹⁸, difieren en cuanto a la edad del paciente, y es que en aquellos podrán someterse a la eutanasia menores de 18 años, si bien con ciertas limitaciones.

En todo caso, es importante distinguir entre aquellos países en que la eutanasia activa está regulada y aquellos en los que únicamente lo está el suicidio asistido, como por ejemplo Suiza, pues, aun siendo eutanasia y suicidio asistido similares, son figuras distintas, al igual que sucede con los cuidados paliativos, razón por la que debe evitarse su confusión.

Asimismo, cabe destacar los casos *Gross vs. Suiza* (STEDH 2013/52, de 14 de mayo de 2013) y *Pretty vs. UK* (20 de abril de 2002), puesto que a través de ellos se entiende que la penalización de la eutanasia supone una vulneración del artículo 8 del CEDH,

¹⁸ Luxemburgo, Canadá, España y Nueva Zelanda.

entendiendo el TEDH que en la “vida privada” de cada individuo se incluye el derecho a la autodeterminación, y, por tanto, a decidir si someterse o no a la eutanasia.

En España, la eutanasia activa se encontraba penalizada en el ahora modificado artículo 143.4 del CP (Disposición final primera de la LO 3/2021, de 24 de marzo), de manera que se castigaba a aquellos que causaren o cooperaren activamente en la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, cuando aquella lo hiciera por petición expresa, seria e inequívoca de esta. Con la nueva redacción del apartado 4 del artículo 143 del CP, al que también se le añade un apartado 5, se siguen castigando este tipo de conductas, pero siempre y cuando se practiquen fuera de los términos de la ley reguladora de la eutanasia.

Pero además de su regulación en el Código Penal y, actualmente, en la LO 3/2021, de 24 de marzo, cobra especial relevancia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en cuanto a que en ella se reconocen los derechos a la información asistencial y al consentimiento informado (artículos 4 y 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre), derechos indispensables a la hora de referirnos a la autonomía del paciente y que se encuentran presentes en el procedimiento regulado para la práctica de la eutanasia en su ley orgánica. Además, también cabe destacar la figura del testamento vital (artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre), documento en el que una persona podrá manifestar de forma anticipada su voluntad en lo que se refiere a los cuidados o tratamientos a los que querría someterse, pudiéndose incluir aquí la práctica de la eutanasia, así como sobre el destino de su cuerpo u órganos, cuando no pudiera hacerlo de forma expresa. Así pues, la Ley 41/2002 y la LO 3/2021 guardan una estrecha relación y conexión.

Con respecto a nuestro marco constitucional, el artículo 15 CE reconoce expresamente el derecho a la vida, pero debemos entenderlo en relación con los artículos 1.1 y 10 CE (STC 132/1989), de manera que lo que nuestro texto constitucional viene a establecer es el derecho a una vida digna, y, consecuentemente, el derecho a una muerte digna, pudiendo así distinguir entre el “derecho a vivir” y el “deber vivir”.

De esta manera, la legalización de la eutanasia implica ya no solo ese derecho de elección a disponer sobre la vida de uno mismo, derecho que se encuentra en el marco del ejercicio de nuestra libertad individual, sino que también supone una garantía en el sentido de que

este proceso se lleve de la forma más segura posible al establecerse un procedimiento concreto y específico en su ley reguladora, objeto de una serie de requisitos y condiciones necesarios para poder llevarse a cabo (por ejemplo, podrá someterse a la prestación de ayuda para morir toda aquella persona nacional o residente de España, mayor de edad, y que padecer una enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificada por el médico responsable), además de estar este sometido al control de unas Comisiones de Garantía y Evaluación que garantizan la efectividad y eficacia de tal procedimiento.

Reconocer y legalizar la práctica de la eutanasia ha sido un gran paso de nuestra sociedad, sobretodo después de todos aquellos casos y luchas, tales como el de Ramón Sampederro, María José Carrasco o José Antonio Arrabal, entre muchos otros, con el fin de que la eutanasia fuera legal en España, casos que no han pasado desapercibidos al respecto, y que han terminado por conseguir tanto la despenalización, como la regulación de aquella práctica.

La LO 3/2021, de 24 de marzo, reguladora de la eutanasia, ha supuesto, por tanto, un importante avance tanto a nivel social, como a nivel jurídico, y, sobre todo, a nivel constitucional, pues de esta manera se entiende el artículo 15 CE en todas sus dimensiones y plenitud, esto es, tanto desde el punto de vista de reconocer el derecho a una vida digna, como el de reconocer el derecho a una muerte digna.

10. BIBLIOGRAFÍA

AUTORES

- Berrocal Lanzarot, A. I. (2021). La regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en España. Análisis jurídico-crítico de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. *Revista Aranzadi Doctrinal*(6).
- Bioéticos, A. d. (2001). *Razones del "no" a la eutanasia*. Sant Cugat del Vallès.
- Díez Picazo, L. M. (2021). *Sistema de Derechos Fundamentales*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Flecha Andrés, J. R. (1988). Eutanasia y muerte digna. Propuestas legales y juicios éticos. *Revista Española de Derecho Canónico*, 45(124), 155-208.
- Gimbel García, J. F. (2020). *El derecho al suicidio asistido por medio de médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas. Sistema de garantías y encuesta de validación*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Gómez Jara, M. (2021). *El derecho a la eutanasia y al testamento vital. Guía para particulares, profesionales sanitarios y abogados*. Barcelona: Atelier.
- Hintermeyer, P. (2010). *La eutanasia: una cuestión de dignidad humana*. Valencia: Diálogo.
- Jiménez Muñoz, F. J. (3 de febrero de 2010). Una aproximación a la regulación española del documento de voluntades anticipadas o «testamento vital». *Diario La Ley* (7334).
- Jiménez-Herrera, M., y Escalada-Roig, X. (febrero de 2022). Anotaciones sobre la Ley de Eutanasia de España. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 34(1), 68-70.
- Moro, T. (2011). *Utopía*. Madrid: Consorcio del Círculo de Bellas Artes.
- Muñoz Conde, F. (2021). *Derecho Penal. Parte Especial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Rey Martínez, F. (2008). *Eutanasia y derechos fundamentales*. Madrid: Colección Estudios Constitucionales.
- Serrano Ruiz-Calderón, J. M. (2007). *La eutanasia*. Madrid: EIUNSA.
- Terribas Sala, N. (2022). Ley orgánica de regulación de la eutanasia en España. Cuestiones polémicas sobre su aplicación. *Folia Humanística*, 2(7), 1-25.
- Torío López, Á. (1989-1990). Reflexión crítica sobre el problema de la eutanasia. *Estudios penales y criminológicos*(14), 217-245.

Zapatero Méndez, D. (1 de septiembre de 2017). Problemática jurídico-penal sobre la eutanasia con especial referencia al derecho comparado (legislación holandesa y belga). *Diario La Ley* (9032).

RECURSOS WEB

20 argumentos contra legalizar la eutanasia: ¿cuántos de éstos habías pensado por tu cuenta? (14 de septiembre de 2020). Obtenido de Religión en libertad: https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/405662103/20-argumentos-contra-legalizar-la-eutanasia-Acuantos-de-estos-habias-pensado-por-tu-cuenta.html

Abellán, L. (12 de febrero de 2014). *Bélgica aprueba la eutanasia infantil*. Obtenido de El País: https://elpais.com/sociedad/2014/02/12/actualidad/1392224320_865641.html

Bruni, P. (18 de marzo de 2021). *España aprueba la ley de la eutanasia y entrará en vigor en tres meses*. Obtenido de El Confidencial: https://www.elconfidencial.com/espana/2021-03-18/congreso-legaliza-eutanasia-espana_2997355/

Cruz, M. (17 de diciembre de 2020). *El Congreso aprueba con 198 votos el derecho a la eutanasia en España*. Obtenido de El Mundo: <https://www.elmundo.es/espana/2020/12/17/5fdb4500fdddf71258b46a3.html>

Deutsche Welle. (26 de febrero de 2020). *Bélgica: pionera en la eutanasia*. Obtenido de DW.COM: <https://www.dw.com/es/b%C3%A9lgica-pionera-en-la-eutanasia/a-52532703>

Díaz-Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho*(40). Obtenido de SCIELO: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1886-58872017000200010

Dionis, M. G. (26 de enero de 2022). *Nueva Zelanda no ha aprobado una nueva ley de eutanasia específica para los pacientes de COVID-19*. Obtenido de Newtral: <https://www.newtral.es/eutanasia-covid-nueva-zelanda/20220126/>

El pleno del Senado aprueba con modificaciones la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, que vuelve al Congreso para su aprobación definitiva. (9 de marzo de 2021). Obtenido de Senado de España: https://www.senado.es/web/actividadparlamentaria/actualidad/noticias/NoticiasDetalle/index.html?id=2021_03_09_PLENOS

El programa de eutanasia. (s.f.). Obtenido de Enciclopedia del Holocausto: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/es/article/euthanasia-program>

ElDerecho.com. (17 de diciembre de 2020). *Aprobada en el Congreso la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*. Obtenido de El Derecho: Noticias

Jurídicas y Actualidad Jurídica: <https://elderecho.com/aprobada-en-el-congreso-la-proposicion-de-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia>

España se convirtió en el cuarto país de Europa en legalizar la eutanasia. (22 de julio de 2021). Obtenido de Bravo Advocats: <https://www.bravoadvocats.com/eutanasia-en-espana/>

Esquivel, J. (2004). Obtenido de <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/trabajos/0304/3/2.htm>

Etecé, E. e. (2020). *Eutanasia - Concepto, tipos, argumentos a favor y en contra.* Obtenido de Concepto: <https://concepto.de/eutanasia/>

Europa Press. (7 de noviembre de 2021). *La eutanasia será legal en Nueva Zelanda a partir de este domingo.* Obtenido de europapress.es: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-eutanasia-sera-legal-nueva-zelanda-partir-domingo-20211107051810.html>

Eutanasia y suicidio asistido en España. (27 de marzo de 2020). Obtenido de Derecho a Morir Dignamente: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-espana/>

García de Leániz, R. (24 de junio de 2021). *Suicidio asistido en Canadá: ahora se extenderá a los enfermos mentales.* Obtenido de Acepresa: <https://www.acepresa.com/ciencia/eutanasia/suicidio-asistido-en-canada-ahora-se-extendera-a-los-enfermos-mentales/>

Guía Para Realizar el Testamento Vital. (25 de noviembre de 2021). Obtenido de weli: <https://weli.es/blog/guia-testamento-vital/>

Guntín, M. (5 de abril de 2019). *¿Por qué la eutanasia no es legal en España? La Voz de Galicia.* Obtenido de La Voz de Galicia: <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2019/04/04/legal-eutanasia-espana/00031554386958572222674.htm>

Gutiérrez, J. V. (s.f.). *EUTANASIA: CONCEPTO, TIPOS, ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS. ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO ANTE EL ENFERMO EN SITUACION TERMINAL.* Obtenido de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf

Holanda plantea legalizar la eutanasia para personas mayores 'cansadas' de vivir. (5 de febrero de 2020). Obtenido de La Vanguardia: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200205/473297715399/eutanasia-personas-mayores-holanda-legalizar.html>

Jaramillo Salazar, C. (1 de febrero de 2021). *Los niños y niñas también tienen derecho a la eutanasia en Colombia.* Obtenido de descLAB: <https://www.desclab.com/post/menores>

Jover, A. (30 de octubre de 2020). *Nueva Zelanda se convierte en el primer país que legaliza la eutanasia en referendo*. Obtenido de El País: <https://elpais.com/sociedad/2020-10-30/nueva-zelanda-se-convierte-en-el-primer-pais-que-legaliza-la-eutanasia-en-referendo.html>

Kmorad, M. (21 de junio de 2021). *Canadá: La nueva ley de eutanasia facilitará el suicidio de pacientes psiquiátricos*. Obtenido de Bioeticablog: <https://www.bioeticablog.com/ley-de-eutanasia-de-canada-facilitara-suicidio-de-pacientes-psiquiatricos/>

La despenalización de la eutanasia en España: 9 razones a favor y 9 respuestas. (19 de mayo de 2021). Obtenido de Bioética en la Red: Principios de la bioética y otras cuestiones: <https://www.bioeticaweb.com/la-despenalizacion-de-la-eutanasia-en-espana-9-razones-a-favor-y-9-respuestas/>

La Eutanasia en la Edad Moderna - Sistematización y clasificación de la Eutanasia. (s.f.). Obtenido de Library: <https://1library.co/article/eutanasia-edad-moderna-sistematizaci%C3%B3n-clasificaci%C3%B3n-eutanasia.q2npxerq>

M.R. (11 de junio de 2020). *Doce razones para decir no a la eutanasia y sí a los cuidados paliativos*. Obtenido de Aceprensa: <https://www.aceprensa.com/ciencia/doce-razones-para-decir-no-la-eutanasia-y-si-los-cuidados-paliativos/>

Manual de Buenas Prácticas sobre eutanasia. (2021). Obtenido de COMGI: https://www.comgi.eus/es_manual_de_buenas_practicas_sobre_eutanasia.aspx

Nasanovsky, N. (9 de febrero de 2022). *La muerte asistida está regulada en Nueva Zelanda en una ley previa a la pandemia de covid*. Obtenido de Factual: <https://factual.afp.com/doc.afp.com.9Z446P>

¿Cómo se practica la eutanasia en Holanda? (4 de junio de 2019). Obtenido de ABC: https://www.abc.es/sociedad/abci-como-practica-eutanasia-holanda-201906042035_noticia.html

Ormazabal, M. (1 de agosto de 2021). *"No es fácil morir así, pero ella ya no estaba en esta vida y no quería estar"*. Obtenido de El País: <https://elpais.com/sociedad/2021-08-01/no-es-facil-morir-asi-pero-ella-ya-no-estaba-en-esta-vida-y-no-queria-estar.html>

Países Bajos aprueba planes para practicar la eutanasia a niños menores de 12 años. (15 de octubre de 2020). Obtenido de BBC News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54552165>

Pérez, J. (2007). *Eugenismo*. Obtenido de Apuntes de demografía: <https://apuntesdedemografia.com/polpob/1043-2/>

Redondo, M. (10 de marzo de 2021). *'Los verdugos de la eutanasia': los daños colaterales de estar entre la ley y el paciente*. Obtenido de Hipertextual: <https://hipertextual.com/2020/02/eutanasia-ley-medicos>

Rodríguez, V. (17 de febrero de 2022). *Historia de la eutanasia: antecedentes históricos y actualidad de esta polémica práctica médica*. Obtenido de Cinco Noticias: <https://www.cinconoticias.com/historia-de-la-eutanasia/>

RTVE. (18 de marzo de 2021). *El mapa de la eutanasia en el mundo: legal en siete países l RTVE*. Obtenido de RTVE.es: <https://www.rtve.es/noticias/20210318/espana-podria-convertirse-cuarto-pais-europeo-legalizar-eutanasia/2000490.shtml>

Significado de Eutanasia. (7 de abril de 2017). Obtenido de Significados: <https://www.significados.com/eutanasia/>

Una mujer vasca de 86 años, primer caso conocido de eutanasia legal en España. (2 de agosto de 2021). Obtenido de Público: <https://www.publico.es/sociedad/mujer-vasca-86-anos-primer-caso-conocido-eutanasia-legal-espana.html>

Una mujer vasca, Eskarne, primera en poner final a su vida con la nueva Ley de Eutanasia. (2 de agosto de 2021). Obtenido de Naiz: <https://www.naiz.eus/es/info/noticia/20210802/una-mujer-vasca-primera-persona-en-poner-final-a-su-vida-con-la-nueva-ley-de-eutanasia>

Verhagen, A. E. (2019). *The Groningen Protocol for newborn eutanasia; which way did the slippery slope tilt?* (DMD, Trad.) Obtenido de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-11-Protocolo-Groningen-effects.pdf>

LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA

Constitución Española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15/11/2002).

Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio (LEAS) (Ley de Luxemburgo: traducción DMD).

Ley “*Korthals/Borst*” de “Verificación de la terminación de la Vida a Petición Propia y al Auxilio al Suicidio”, de 1 de abril de 2002 (Ley de Países Bajos: traducción DMD).

Ley Orgánica 10/1995, 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995).

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021).

“*Loi relative à l’euthanasie*”, de 28 de mayo de 2002 (Ley de Bélgica: traducción DMD).

Resolución 1216, de 20 de abril de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Sentencia *Carter vs. Canadá*, de 6 de febrero de 2015, de la Corte Suprema de Canadá.

Sentencia C-239/97, de 20 de mayo, de la Corte Constitucional de Colombia.

Sentencia del Tribunal Constitucional 132/1989, de 18 de julio.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos 2013/52, de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza).

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos 2346/02, de 20 de abril de 2002 (Caso Pretty vs. UK).

Sentencia del Tribunal Supremo 3/2001(Sala de lo Civil), de 12 de enero.

Sentencia T-970/14, de 15 de diciembre, de la Corte Constitucional de Colombia.

11. ANEXO: TESTAMENTO VITAL DE GALICIA



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ANEXO I

PROCEDEMENTO INSCRICIÓN NO REGISTRO GALEGO DE INSTRUCIONS PREVIAS	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO SA210A	DOCUMENTO SOLICITUDE
---	---	--------------------------------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE							
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR						
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)			
NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN					
Notifíquese a:	<input type="radio"/> Persoa ou entidade solicitante <input type="radio"/> Persoa ou entidade representante				
Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación ao correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir:					
TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE					
As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos sen que sexa válida para elas, nin produza efectos, unha opción diferente.					
<input type="radio"/> Electrónica a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, https://notifica.xunta.gal . Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa indicada.					
<input type="radio"/> Postal (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente)					
As notificacións que se practiquen en papel estarán tamén á disposición da persoa indicada anteriormente no Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, para que poida acceder ao seu contido forma voluntaria.					
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARROQUIA	LUGAR				
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CP	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

FORMALIZACIÓN DO DOCUMENTO DE INSTRUCIONS PREVIAS
<input type="radio"/> Ante notario/a
<input type="radio"/> Ante tres testemuñas
<input type="radio"/> Ante o persoal do Rexistro galego de instrucións previas ou das súas unidades habilitadas

CONTIDO DO DOCUMENTO DE INSTRUCIONS PREVIAS
<input type="checkbox"/> Coidados e tratamento da saúde
<input type="checkbox"/> Destino do corpo e/ou dos órganos

OBJECTO DA SOLICITUDE
<input type="radio"/> Inscrición do documento de instrucións previas
<input type="radio"/> Sustitución do documento de instrucións previas
<input type="radio"/> Revogación do documento de instrucións previas

A PERSONA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA
Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- Anexo II, para o caso de formalizarse o documento ante testemuñas.
- Anexo III, para o caso de designación de persoa representante-interlocutora e, se é o caso, persoa substituta.
- Documento de instrucións previas.
- Documento acreditativo da representación da persoa solicitante.
- Declaración responsable das testemuñas.

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
DNI/NIE da persoa solicitante.	<input type="checkbox"/>
DNI/NIE da persoa representante.	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería ou entidade á cal se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta do cidadán.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa de interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais
Actualización normativa: no caso de existir diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento xeral de protección de datos.	

DETALLE DAS FINALIDADES DO TRATAMENTO E DOS DESTINATARIOS DOS DATOS (Regulamento Xeral de Protección de Datos)

Finalidades do tratamento	Cesión dos datos ao Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados, para o cumprimento desta finalidade.
Destinatarios dos datos	Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados.

LEXISLACIÓN APLICABLE

Decreto 159/2014, do 11 de decembro, polo que se establece a organización e funcionamento do Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de



COMPROBACIÓN DE DATOS DE TERCEIRAS PERSOAS INTERESADAS
SA210A - INSCRIPCIÓN NO REXISTRO GALEGO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS
(A CUBRIR UNICAMENTE NO CASO DE DESIGNACIÓN DE PERSOA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA)

As persoas interesadas, mediante a súa sinatura, declaran ter sido informadas da incorporación dos seus datos persoais ao expediente en tramitación. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.

NOME E APELIDOS DA PERSOA REPRESENTANTE INTERLOCUTORA	NIF	TELÉFONO	COMPROBACION DE DATOS Os seguintes documentos serán obxecto de consulta ás administracións públicas		SINATURA
				OPÓÑOME Á CONSULTA	
			DNI/NIE	<input type="checkbox"/>	

NOME E APELIDOS DA PERSOA SUBSTITUTA DA PERSOA INTERLOCUTORA	NIF	TELÉFONO	COMPROBACION DE DATOS Os seguintes documentos serán obxecto de consulta ás administracións públicas		SINATURA
				OPÓÑOME Á CONSULTA	
			DNI/NIE	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería ou entidade á cal se dirixe esta solicitude, escrito ou comunicación.
Finalidades do tratamento	A tramitación administrativa que derive da xestión deste formulario e a actualización da información e contidos da carpeta do cidadán.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa de interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Persoas destinatarias dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias, cando sexa necesario para a tramitación e resolución dos seus procedementos ou para que as persoas interesadas poidan acceder de forma integral á información relativa a unha materia.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán acceder, rectificar e suprimir os seus datos, así como exercer outros dereitos a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais
Actualización normativa: no caso de existir diferentes referencias normativas en materia de protección de datos persoais neste procedemento, prevalecerán en todo caso aquelas relativas ao Regulamento xeral de protección de datos.	

DETALLE DAS FINALIDADES DO TRATAMENTO E DOS DESTINATARIOS DOS DATOS (Regulamento Xeral de Protección de Datos)

Finalidades do tratamento	Cesión dos datos ao Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados, para o cumprimento desta finalidade.
Destinatarios dos datos	Rexistro nacional de instrucións previas e outros rexistros relacionados.

Lugar e data

, de de

DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS

D/Dª,.....

maior de idade, con DNI/NIE, nacido o día de..... de 19

endereço en (rúa, nº, piso)

concello....., provincia....., código postal.....

MANIFESTO:

En plenitude das miñas facultades, actuando libremente e tras unha fonda reflexión,

Declaro que se no futuro **a miña saúde se deteriorase de forma irreversible**, ata o punto de perder o uso das miñas **facultades para solicitar a eutanasia e prestar a miña conformidade** sobre os cuidados e o tratamento que desexo recibir, o maior beneficio para min é **poñer fin á miña vida canto antes**, de acordo coas seguintes instrucións previas, vontades anticipadas ou testamento vital:

- Solicito que se poña fin á miña vida** canto antes mediante **eutanasia**.
- Considero un **sufrimento físico ou psíquico constante e intolerable, incompatible coa miña dignidade** persoal, o feito de que algúns **padecementos graves crónicos e imposibilitantes**, como as enfermidades neurodexenerativas (demencia tipo Alzheimer ou calquera outra), provoquen tal **deterioro da miña personalidade e das miñas facultades mentais**, que sexa incapaz de ter conciencia da miña propia enfermidade e do meu esquema de valores. Por iso, aínda que non o exprese, non o lembre ou, a xuízo doutras persoas, non amose signos externos de sufrimento, **no momento en que non poida valerme por min mesma ou non recoñeza os meus, ou me atope nunha situación clínica equiparable a unha demencia moderada** (GDS-FAST 5, segundo as escalas de Reisberg), desexo que se respecte a miña vontade de poñer fin á miña vida canto antes mediante **eutanasia**.
- Durante o prazo de tempo que requira a xestión da miña solicitude de eutanasia, ou no caso de que fose denegada, **rexeito calquera medida de soporte vital**, tratamento, intervención ou procedemento que contribúa a manterme con vida (antibióticos, nutrición- hidratación con fluídos, sonda nasogástrica ou gastrostomía, marcapasos ou desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito **que se acalme o meu sufrimento** con todos os medios dispoñibles e, se me atopo nunha situación avanzada ou terminal, desexo morrer durmida cunha **sedación paliativa** profunda mantida ata o meu falecemento. No caso de que existisen **dúbdas sobre a irreversibilidade** da miña situación de incapacidade de feito para decidir, quero deixar claro que **tal posibilidade non modifica a miña decisión** firme de non aturar unha vida na que dependa doutras persoas para as actividades da vida cotiá.
- Se algunha persoa profesional sanitaria se declarase obxectora de conciencia con respecto a algunha destas instrucións, solicito que sexa substituída por outra profesional, garantindo o meu dereito a decidir con liberdade sobre a miña vida e a miña morte.

INSTRUCCIÓNS sobre o destino final do meu CORPO:

(Marque o que proceda)

- Desexo doar os meus órganos e tecidos para transplantar a outras persoas que os necesiten, polo que poden aplicarme técnicas de soporte dirixidas a manter o funcionamento dos órganos e tecidos unicamente as horas precisas para proceder á súa extracción.
- Desexo doar os meus órganos e tecidos para investigación
- Outros
- Sen instrucións

Sinatura ourtorgante

Sinatura funcionario/a

NOMEAMENTO DE REPRESENTANTE/S INTERLOCUTOR/ES (Opcional):

Designo como interlocutor co médico ou co equipo sanitario que me atenda, para o caso de atoparme en situación de non poder manifestar a miña vontade, a:

Nome e apelidos: DNI/NIE/Pasaporte

Con domicilio en (rúa, nº, piso)

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico:

En caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co representante interlocutor, designo como substituto do devandito interlocutor a:

Nome e apelidos: DNI/NIE/Pasaporte

Con domicilio en (rúa, nº, piso)

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s

Correo electrónico:

Sin designación de representante/s interlocutor/es

Estou informado de que, segundo o establecido no artigo 5 apartado 3 da Lei 3/2001, de 28 de maio (redacción segundo Lei 3/2005, de 7 de marzo), reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, non serán aplicadas as instrucións previas contrarias ao ordenamento xurídico, á lex artis (boa práctica médica), nin ás que non se correspondan co suposto de feito que o interesado tivese previsto no momento de manifestalas.

Non recoñezo a persoa algunha ningún tipo de atribución nin dereitos para reclamar ao centro hospitalario nin ao persoal sanitario indemnización algunha, nin para formular ningún tipo de denuncia por cumprir a miña vontade expresada neste documento.

Por último, solicito la inscripción do presente documento no Rexistro galego de instrucións previas de acordo co Decreto 159/2014, de a 11 de decembro (DOG de 29 de decembro de 2014).

En, a de, de

Sinatura outorgante:

Identifico ao/a outorgante polo seu documento de identidade exhibido , do que se deduce copia dixital para a súa incorporación ao Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

O outorgante asina o presente documento de maneira consciente e, ata onde é posible apreciar, voluntaria e libremente ante min,, funcionario/a do Rexistro galego de instrucións previas/unidades habilitadas.

En, a de, de

Sinatura Funcionario/a

Selo Servizo