

LA FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA Y EL CONTENIDO DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN LAS PROPOSICIONES DE LEY ORGÁNICA PRESENTADAS PARA SU REGULACIÓN EN ESPAÑA

FECHA DE ENVÍO: 3 DE OCTUBRE DE 2020 - FECHA DE ACEPTACIÓN: 22 DE OCTUBRE DE 2020

**Isidoro
Martín Sánchez**

*Catedrático Emérito de Derecho Eclesiástico del Estado
Universidad Autónoma*

SUMARIO

1. Introducción. 2. Delimitación conceptual de la eutanasia y el suicidio asistido. 3. La legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en diversos países. 4. La situación en España. 4.1 Las Proposiciones de Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia. 4.2 Examen crítico de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia de 24 de enero de 2020. 5. Las fundamentaciones teóricas, favorables y contrarias, de la eutanasia y el suicidio asistido. 5.1 La posición contraria de las confesiones religiosas. 5.2 La dignidad de la persona. 5.3 El derecho a la vida. 5.4 La autonomía personal. 6. La fundamentación de la eutanasia y el suicidio asistido en las Proposiciones de Ley Orgánica presentadas en el Congreso de los Diputados. 7. Los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia y el suicidio asistido.

RESUMEN

Este trabajo versa sobre las Proposiciones de Ley Orgánica de eutanasia y suicidio asistido presentadas en el Congreso de los Diputados de España por diversos Grupos Parlamentarios. Para ello, se examina en primer lugar el concepto de estas prácticas médicas, así como su regulación en varios países. En segundo lugar, se estudia el contenido de las distintas Proposiciones de Ley Orgánica sobre estas materias. En tercer término y con carácter principal se estudian las fundamentaciones teóricas de la eutanasia y el suicidio asistido. Asimismo, son objeto de estudio las fundamentaciones de estas prácticas contenidas en las mencionadas Proposiciones de Ley Orgánica. Finalmente, se proponen los cuidados paliativos como una alternativa a la eutanasia y al suicidio asistido.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, bioética.

ABSTRACT

This paper deals with the Organic Law Proposals on euthanasia and assisted suicide presented at the Congress of Deputies of Spain by various Parliamentary Groups. To do so, it first examines the concept of these medical practices, as well as their regulation in various countries. Secondly, the content of the different Organic Law Proposals on these matters is studied. Thirdly, the theoretical foundation of euthanasia and assisted suicide are examined. Likewise, and with main character the foundation of these practices contained in the aforementioned Organic Law Proposals are studied. Finally, palliative cares are proposed as an alternative to euthanasia and assisted suicide.

KEYWORDS

Euthanasia, assisted suicide, palliative care, bioethics.

1. INTRODUCCIÓN

La eutanasia y el suicidio asistido son cuestiones que, sobre todo recientemente, han sido objeto de un profundo debate desde distintos puntos de vista doctrinales: médico, filosófico, religioso, jurídico y sociológico, entre otros.

Desde el punto de vista médico, las principales cuestiones estudiadas son las relaciones existentes entre estas actividades y otras actuaciones sanitarias tales como los cuidados paliativos, la adecuación del esfuerzo terapéutico, la comprobación de la futilidad de los tratamientos y del sufrimiento intolerable del paciente.

Las doctrinas filosóficas se han ocupado del examen de las diversas teorías que fundamentan la aprobación o el rechazo de la eutanasia y el suicidio asistido.

Desde la óptica religiosa, el punto básico de su estudio recae en la determinación de la conformidad o contradicción de estas actividades con las doctrinas de las diferentes confesiones.

Los diversos ordenamientos jurídicos han regulado los elementos básicos relacionados con la eutanasia y el suicidio asistido. Entre ellos, cabe citar el consentimiento informado del paciente y, en su caso, las instrucciones previas formuladas por este, la objeción de conciencia del personal sanitario que no desea participar en estas prestaciones médicas, la posible inclusión de las mismas en los servicios sanitarios financiados con fondos públicos y su penalización o su despenalización.

Finalmente, desde el ámbito sociológico, se han estudiado las causas por las que los pacientes solicitan que se ponga fin a sus vidas por medio de la eutanasia o del suicidio asistido, el tanto por ciento de los enfermos que desean estas prestaciones sanitarias y la edad de los que las piden.

La cuestión básica de estos debates es en el fondo, evidentemente, si la eutanasia y el suicidio asistido deben ser prohibidos o admitidos y, en último caso, regulados jurídicamente. En el desarrollo de esta polémica, el hecho más significativo es la progresiva aceptación y, por tanto, legalización de estas actividades en diferentes países.

En España la eutanasia y el suicidio asistido están tipificados como delitos. El objeto de este trabajo es el análisis de las distintas iniciativas legislativas en nuestro país para regularlos centrándonos en examinar la fundamentación jurídica, a favor y en contra, que se ha utilizado. Antes de ello, clarificaremos

tales conceptos y expondremos su regulación en diferentes países. Finalizaremos el trabajo con el estudio de una propuesta alternativa a la eutanasia y el suicidio asistido: los cuidados paliativos.

2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

La *eutanasia* es un concepto difícil de definir, como lo prueba la existencia de las múltiples definiciones que se ofrecen de ella¹. Esta dificultad obedece básicamente al hecho de que la eutanasia puede ser contemplada desde perspectivas muy distintas como son la religiosa, la ética, la filosófica, la médica y la jurídica².

En principio, y desde un punto de vista religioso, la Iglesia Católica definió la eutanasia como “una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”³.

Desde una óptica médica, la *Organización Mundial de la Salud* considera la eutanasia como “aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”⁴.

Para la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, la eutanasia “es la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”⁵.

En relación con los destinatarios de la eutanasia, ésta puede entenderse en un sentido amplio que comprendería tanto a los enfermos terminales como a quienes padecen una enfermedad grave, crónica e invalidante, aunque su muerte no sea próxima. En un sentido más restrictivo, algunos autores defienden que esta práctica médica solo tiene aplicación al enfermo terminal.

1 Un resumen de algunas de estas definiciones en ÁLVAREZ GÁLVEZ, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, Madrid, 2002, pp. 31 y ss.

2 Como señala MORENO ANTÓN, M., “Elección de la propia muerte y derecho: hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir”, *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, n. 3, octubre 2003, p. 2.

3 Encíclica *Evangelium Vitae*, de 25 de marzo de 1995, n. 65.

4 Cfr. SUREDA GONZÁLEZ, M., “Enfermo terminal, Muerte y Eutanasia”, en *ACEB*, www.aceb.org/term.htm.

5 “Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos”, *Cuadernos de Bioética*, 2003/1, p. 115.

Así, para CASALMIGLIA, “existe eutanasia si: a) se precipita la muerte; b) de un enfermo terminal; c) que la desea; d) con el objetivo evitar un daño mayor; e) la acción u omisión la realiza una tercera persona”⁶. En el mismo sentido, para MARCOS DEL CANO, la eutanasia “puede ser definida como aquella acción u omisión que provoca la muerte de forma indolora a quién, sufriendo una enfermedad terminal de carácter irreversible y muy dolorosa, la solicita para poner fin a sus sufrimientos”⁷. De acuerdo con este criterio, un elemento esencial de la eutanasia es el de la inmediatez o cercanía de la muerte del paciente. Por ello, quedan excluidos del concepto de eutanasia los enfermos crónicos, los tetrapléjicos y los que sufren deficiencias físicas o psíquicas las cuales, aunque afecten a su calidad de vida, no cumplen los requisitos que caracterizan a la eutanasia.

En nuestra opinión, debe aceptarse el concepto de eutanasia en sentido amplio para así dar cabida a su aplicación no solo a los enfermos terminales sino también a los que sufren una enfermedad o lesión grave, crónica e irreversible que les causa grandes dolores y sufrimientos. Esta es, por otra parte, la opción que se ha seguido en las Proposiciones de Ley Orgánica que analizaremos a lo largo de este trabajo.

Así, desde la perspectiva jurídica, podemos definir la eutanasia como la acción u omisión de una persona que a petición de otra, la cual se encuentra en una situación de enfermedad terminal o con una afección grave, crónica e invalidante que le causa dolores y sufrimientos insoportables, le produce la muerte para acabar con estas situaciones.

De acuerdo con esta definición, para que pueda hablarse de eutanasia se requieren los siguientes requisitos:

- Un consentimiento explícito del enfermo⁸.
- Una enfermedad incurable que le causará al paciente la muerte en breve tiempo o una afección grave, crónica e invalidante.

6 CASALMIGLIA, “Sobre la eutanasia”, *Doxa*, 14, 1993, p. 345.

7 MARCOS DEL CANO, A. M^a, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Madrid, 1999, p. 65-66.

8 MARCOS DEL CANO, A. M^a, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, en Marcos del Cano y De la Torre (editores), *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, Madrid, 2019, p. 59, prefiere emplear el término “requerimiento”, porque el consentimiento es el acuerdo de dos voluntades, mientras que el requerimiento implica que la iniciativa de actuar surja de la persona que lo realiza.

- Un sufrimiento que el paciente considera insoportable como consecuencia de la enfermedad que padece.

- La intervención médica en la práctica de la eutanasia. La razón de la intervención de este profesional sanitario es que él es quién puede dotar de una mayor seguridad y control a la práctica de la eutanasia, así como conocer mejor los mecanismos adecuados para garantizar la ausencia del dolor y sufrimiento del enfermo⁹.

Entendida en este sentido, la eutanasia se diferencia de otras actuaciones relacionadas con la muerte de una persona: la cacotanasia, la distanasia y la ortotanasia.

Así, a diferencia de la eutanasia, con la denominada *cacotanasia* se hace referencia a los “casos en los que se quita la vida a un enfermo en contra de su voluntad o sin tener constancia de cuál es su deseo”¹⁰.

El término *distanasia* se utiliza para designar el encarnizamiento o ensañamiento terapéutico. Es decir, la actuación consistente en prolongar artificialmente la vida del enfermo terminal, mediante la utilización de medios proporcionados o desproporcionados, pese a la certeza de que no existe posibilidad de recuperación de la salud. Con esta actuación el enfermo llega a la muerte muchas veces en condiciones inhumanas¹¹.

La expresión *ortotanasia* tiene el significado de muerte correcta. Se emplea para designar una situación intermedia entre la eutanasia y la distanasia. Se diferencia de la eutanasia porque, a diferencia de ésta, no busca acelerar la muerte, y de la distanasia porque su finalidad no es prolongar una vida terminal a toda costa. La ortotanasia se utiliza para referirse a la situación en la que se deja al enfermo terminal fallecer como consecuencia del proceso natural de la muerte sin emplear medios para provocar

9 Instituto Borja de Bioética, *Hacia una posible despenalización de la eutanasia*, cit., p. 6 y MARCOS DEL CANO, A. M^a, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., p. 57.

10 Como señala GAFO, J., *Bioética teológica*, Madrid, 2003, p. 258.

11 Sobre este punto, cfr. MARCOS DEL CANO, A. M^a, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Madrid, 1999, cit., p. 43; PAREJO GUZMAN, M^a J., ATIENZA MACIAS, E., “Derecho a decidir sobre propia salud ante el final de la vida humana. Testamento vital y Eutanasia”, en A. Fernández-Coronado, S. Pérez Alvarez, *La protección de la salud en tiempos de crisis. Nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*, Valencia, 2014, pp. 325-326; sobre el concepto de tratamientos innecesarios o desproporcionados que pueden ser limitados o retirados, cfr. Council of Europe, “Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations”, mayo de 2014, p. 12.

su deceso ni para prolongar éste por medios extraordinarios. La ortotanasia, por otro lado, no se opone a la utilización de medios paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento del enfermo que se encuentra en el estadio final de su existencia¹².

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que pueden concurrir diversas situaciones las cuales dan lugar a diferentes clasificaciones de la eutanasia.

Entre estas clasificaciones es clásica la distinción entre eutanasia activa y pasiva. La eutanasia activa se caracteriza porque el sujeto activo lleva a cabo una acción que provoca la muerte del enfermo terminal¹³. La eutanasia pasiva tiene lugar cuando la muerte del enfermo se debe a la no iniciación o a la interrupción de los tratamientos terapéuticos que son necesarios para mantenerle con vida¹⁴.

Sin embargo, para algunos autores, la distinción entre eutanasia activa y pasiva resulta inapropiada. En su opinión, la eutanasia es activa por definición y por ello la eutanasia pasiva resulta terminológicamente una contradicción. Es decir, un oxímoron¹⁵.

Por su parte, el suicidio asistido se caracteriza porque, previa solicitud del enfermo terminal o que se encuentra en una situación de existencia irreversible e insoportable, una persona –normalmente, pero no necesariamente, miembro del personal sanitario– le facilita el fármaco letal así como las instrucciones y los medios para su utilización. Sin embargo, a diferencia de la eutanasia, la muerte no se produce como consecuencia de la intervención de un tercero sino por la acción del propio enfermo, el cual se administra a sí mismo el fármaco¹⁶.

12 Sobre este punto, cfr. MARCOS DEL CANO A. M^a, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., p. 42; GAFO, *Bioética teológica*, cit., p. 259.

13 Sobre este punto, cfr. ÁLVAREZ GÁLVEZ, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit., p. 38 y GAFO, J., *Bioética teológica*, cit., p. 260.

14 Sobre este punto, cfr. MARCOS DEL CANO, A. M^a, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., pp. 51-52; TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C., *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal (artículo 143)*, Valencia, 2000, pp. 110-111.

15 RADBRUCH, L., LEGET, C., BAHR, P., MÜLLER-BUSCH, C., ELLERSHAW, J., DE CONNO, F., VANDEN BERGHE, P., BOARD MEMBERS OF EAPC, “Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care”, *Palliative Medicine*, 2015.

16 Sobre este punto cfr. GÓMEZ SANCHO, M., OJEDA MARTÍN, M., “Medicina paliativa y eutanasia”, en M. Gómez Tomillo, J.J. López-Ibor, J.A. Gutiérrez Fuentes, *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Madrid, 2008, p. 533.

3. LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN DIVERSOS PAÍSES

Uno de los principales motivos que recogen las Proposiciones de Ley presentadas en España para regular la eutanasia es que se trata de una cuestión que, desde hace años, está prevista por la normativa de otros Estados de nuestro entorno.

En Europa, algunos países han despenalizado la eutanasia y el suicidio asistido. Tales son Holanda, Bélgica, Suiza y Luxemburgo.

En **Holanda**, el Tribunal Supremo en la sentencia sobre el caso Alkmaar, de 27 de noviembre de 1984, declaró que la eutanasia no sería penalizada si cumplía, entre otras condiciones, “que la petición de la eutanasia debía venir únicamente del paciente y ser enteramente libre y voluntaria”. A raíz de esta sentencia, se publicó en 1991 el *Informe Rammelink*, encargado por el Fiscal General Rammelink, en que se examinaba la práctica real de la eutanasia. Este informe reveló que el 27 por ciento de los médicos indicaron que habían terminado con la vida de algún paciente sin su consentimiento. Otro 32 por ciento señaló que llegado el caso, lo harían. En la mitad de los 49.000 casos de decisiones médicas para la terminación de la vida, la decisión fue tomada sin consultar al paciente. De ellos, en unos 20.000 (cerca del 80 por ciento) los médicos adujeron como razón principal para no consultar al paciente que “tenía dificultades para comunicarse”¹⁷.

Posteriormente se aprobó la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio, entrada en vigor el 1 de abril de 2002, que permite la eutanasia y el suicidio asistido de pacientes que sufren una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable.

La Ley modificó los artículos 293 y 294 del Código Penal, no sancionando la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido cuando sean practicadas por un médico cumpliendo los requisitos legalmente establecidos¹⁸.

17 ¿Qué pasa en los países con la eutanasia? <https://www.vida-digna.org/eutanasia-en-europa-y-otros-lugares>

18 El artículo 293 del Código Penal holandés dispone: “1. El que quitare la vida a otra persona según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta 12 años o con una pena de multa de la quinta categoría. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al fonsse municipal conforme al artículo 7 párrafo segundo, de la

En Holanda, por tanto, se mantienen penalizados la eutanasia y el suicidio asistido, salvo que se cumplan los requisitos legalmente establecidos para poder llevarlos a cabo¹⁹.

Estos requisitos son los siguientes:

- La persona que solicita la eutanasia o el suicidio asistido tiene que residir en Holanda.
- El médico debe tener el conocimiento de que el solicitante es plenamente capaz y que su petición es voluntaria y está bien meditada.
- El médico debe tener la certeza de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanza de mejoría. Este requisito se centra en el dolor con independencia de la situación terminal del paciente o de que tenga una dolencia crónica e incurable²⁰.
- El paciente ha de ser informado de su situación y de las perspectivas de futuro.
- Es preciso consultar a un segundo médico, el cual debe confirmar por escrito el cumplimiento de los requisitos.
- La práctica de la eutanasia o de auxilio al suicidio tienen que realizarse con el máximo cuidado y profesionalidad²¹.

Ley reguladora de los funerales”.

El artículo 294 del Código Penal holandés establece:

“1. El que de forma intencionada indujera a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta 3 años o con una pena de multa de categoría cuarta.

2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilite los medios necesarios para ese fin será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta 3 años o con una pena de multa de la categoría 4ª. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo”.

19 Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Barcelona, 2006, p. 125; PINTO PALACIOS, F., “La eutanasia y el suicidio asistido en Holanda”, *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., p. 82.

El texto normativo puede consultarse en <https://www.worldrdtd.net/dutch-law-termination-life-request-and-assisted-suicide-complete-text>

20 En este sentido se ha afirmado: “En la práctica, sin embargo, actualmente puede pedir la eutanasia cualquier paciente, independientemente de si es o no un enfermo incurable o en situación terminal o si padece un sufrimiento psíquico o físico insoportable. Las peticiones de eutanasia las pueden hacer menores de edad, en algunos casos con el consentimiento de los padres (entre los 12 y 16 años inclusive) y sin el consentimiento, aunque participando en la decisión final (entre los 16 y 17 años)”. “¿Qué pasa en los países con eutanasia legalizada?” en <https://www.vida-digna.org/eutanasia-en-europa-y-otros-lugares>

21 Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, cit., p. 123; PINTO PALACIOS, F., “La eutanasia y el suicidio asistido en Holanda”,

Si se cumplen estos requisitos, podrán solicitar la eutanasia o el suicidio asistido las siguientes personas:

- Los mayores de 18 años plenamente conscientes o que hayan manifestado su voluntad en un documento de instrucciones previas.
- Los menores que tengan una edad entre los 16 y los 18 años, siempre que estén plenamente conscientes o que hayan expresado su voluntad en un documento de instrucciones previas. En todo caso, es preciso que sus padres o tutores hayan participado en el proceso de su toma de decisión.
- Los menores entre 12 y 16 años, con madurez suficiente, siempre que sus padres o tutores estén de acuerdo con la decisión del menor.

El médico que ha practicado la eutanasia o ha participado en el suicidio asistido no expedirá un certificado de defunción, sino que lo comunicará al forense municipal enviándole además un informe en el cual se justifique el cumplimiento de los requisitos legales. A su vez, el médico forense remitirá este informe a la Comisión Regional de comprobación que evaluará el cumplimiento de dichos requisitos²².

En el año 2005, los médicos holandeses VERGAHEN y SAUER publicaron el denominado Protocolo de Groningen en la revista *New England Journal of Medicine*. En este Protocolo, sus autores defienden la práctica de la eutanasia a niños recién nacidos, con el consentimiento de sus padres. En concreto, propugnan la eutanasia de estos niños:

1. Cuando no tengan posibilidad de supervivencia;
2. Cuando se trate de recién nacidos, que podrían sobrevivir con tratamientos intensivos, pero con una expectativa de vida muy mala;
3. En el caso de niños con cierta estabilidad clínica, pero con una calidad de vida muy mala asociada a un sufrimiento incontrolable.

Aunque la legislación holandesa no regula este tipo de eutanasia, la Sociedad Holandesa de Pediatría ha aceptado, con un criterio muy estricto, lo dispuesto en el Protocolo de Groningen, tranquilizando así la conciencia de los médicos y de los

cit., pp. 83-84.

22 Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, cit., pp. 124-125; PINTO PALACIOS, F., “La eutanasia y el suicidio asistido en Holanda”, cit., pp. 84 y 85.

padres implicados en este tipo de eutanasia²³. De hecho, aunque el Código Penal holandés castiga la eutanasia y el suicidio asistido, no se ha juzgado penalmente a ningún médico por practicar este tipo de eutanasia²⁴.

La principal crítica a la legislación holandesa sobre la eutanasia y el suicidio asistido, así como al Protocolo Groningen, ha sido la del riesgo que suponen hacia la denominada “pendiente resbaladiza” (*slippery slope*). Es decir, la aplicación de estas prácticas a supuestos no contemplados en la ley²⁵. No obstante, uno de los autores del Protocolo de Groningen manifiesta que no existe este riesgo porque después de la publicación de este documento, durante un periodo de 5 años, los casos de eutanasia en recién nacidos se redujeron significativamente²⁶. Igualmente, cabe mencionar que en estos momentos se está discutiendo una Proposición de Ley que permita la eutanasia a las personas mayores cansadas de vivir²⁷.

En **Bélgica** fue aprobada el 28 de mayo de 2002, la Ley relativa a la eutanasia, complementada por la ley de 10 de noviembre de 2005 que entró en vigor el 20 de septiembre de 2002²⁸.

La Ley despenalizó la eutanasia, pero no menciona el suicidio asistido porque el Código Penal belga no lo recoge.

El médico que practica la eutanasia no comete delito si se asegura de que:

1. El paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de formular su petición;

23 MORENO VILLARES, J. M., GALIANO SEGOVIA, M. J., “La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVI, núm. 3, 2005, p. 356.

24 PINTO PALACIOS, F., “La eutanasia y el suicidio asistido en Holanda”, cit., p. 92.

25 MORENO VILLARES, J. M., GALIANO SEGOVIA, M. J., “La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?”, cit., p. 351.

26 VERHAGEN, E., SAUER, P.J.J., “The Groningen Protocol for newborn euthanasia; which way did the slippery slope tilt?”, *Journal of medical ethics*, 39, 2013, pp. 293-295, traducido por el Grupo de Internacional de DMD.

27 Cfr. <https://www.lavanguardia.com/vida/20200205/473297715399/eutanasia-personas-mayores-holanda-legalizar.html> (5 de febrero de 2020).

28 SIMÓN LORDA, P., BARRIO CANTALEJO, I. M., “La eutanasia en Bélgica”, *Revista Española de Salud Pública*, núm. 1, 2012, pp. 5 y ss. y MONTERO, E., “Implicaciones bioéticas de la eutanasia: la experiencia belga”, Sánchez Sáez, A. J. (coordinador), *Dignidad y vida humana: eutanasia, gestación subrogada y transhumanismo*, Aranzadi, Cizur Menor, 2020, pp. 259 y ss.

2. La petición sea efectuada de forma voluntaria, razonada y reiterada, y que no sea resultado de una presión externa. La petición debe ser realizada por escrito y puede ser manifestada en un documento de instrucciones previas que tenga una vigencia inferior a 5 años;

3. El paciente se encuentre en una situación médica con pronóstico de no recuperación y padezca un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible, resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable;

4. Si el médico respeta las condiciones y procedimientos prescritos por la Ley (artículos 3&1 y &4 y artículo 4&1).

Además, el médico que lleve a cabo la eutanasia tiene que informar al paciente de su estado de salud y pronóstico, así como manifestarle las posibilidades representadas por los cuidados paliativos y sus consecuencias. Igualmente, debe llegar, junto con el paciente a la convicción de que no existe otra solución razonable en su estado. Así mismo tiene que consultar a otro médico, el cual redactará un informe con sus conclusiones. Finalmente, si el paciente lo desea, debe permitírsele consultar su petición de eutanasia con los parientes que señale (artículo 3&2).

En el caso de que el médico considere que el fallecimiento del paciente no sucederá en un corto plazo de tiempo, tiene que consultar con un segundo médico el cual escribirá un informe con su opinión. Además, el médico que vaya a practicar la eutanasia deberá dejar pasar por lo menos un mes entre la petición escrita del paciente y su realización (artículo 3&3).

El médico que ha practicado la eutanasia deberá, en un plazo de 4 días hábiles, enviar a la Comisión Federal de Control y Evaluación la documentación completa que establece la Ley (artículo 5).

El Parlamento belga aprobó la Ley de 28 de febrero de 2014 que modificó la Ley de 28 de mayo de 2002, para ampliar la eutanasia a los menores²⁹.

La eutanasia en este caso, puede practicarse a los menores dotados de capacidad de discernimiento y conscientes en el momento de formular la solicitud. Los menores deben encontrarse en una

29 Sobre la Ley de 28 de febrero de 2014, cfr. WHITE, B., WILLMONTT, L., “Belgium’s child euthanasia law – implications for Australia”, www.theconversation.com, GUERRA VAQUERO, A. Y., “La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo”, *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, Madrid, pp. 98-99.

situación médica irreversible de sufrimiento físico constante e insoportable sin alivio posible en la cual el fallecimiento sucederá en un breve plazo de tiempo.

En el caso del menor de edad no emancipado deberá consultarse a un psiquiatra infantil o a un psicólogo, quién comprobará su capacidad de discernimiento y la certificará por escrito. Por su parte, el médico habitual se entrevistará con los representantes legales del menor y se asegurará que están de acuerdo con la petición de este, pudiendo ejercitar un derecho de veto.

En **Suiza** la eutanasia es delito, pero no el auxilio al suicidio. No es necesaria la asistencia del médico, pero sí que este prescriba el fármaco letal. Además, es requisito imprescindible para que quién ayuda al suicidio no sea procesado penalmente, según el artículo 115 del Código Penal, que no tenga ninguna motivación egoísta, ni de tipo personal o económico³⁰.

Suiza cuenta con cinco organizaciones las cuales apoyan a las personas que solicitan la ayuda al suicidio: *Exit Deutsche Schweiz*, *Exit ADMD Suisse Romande*, *Dignitas*, *Lifecircle* y *Ex International*. Cuatro de estas organizaciones son suizas y una (*Ex International*) internacional. Esta organización defiende la legalización de la eutanasia voluntaria y del suicidio asistido. A las organizaciones denominadas *Exit* solo pueden acudir los ciudadanos suizos y los extranjeros que tengan residencia legal en Suiza. Por el contrario las organizaciones *Dignitas* y *Lifecircle* son accesibles para todas las personas de cualquier país³¹.

En **Luxemburgo**, después de la negativa del Gran Duque a firmar la ley de 19 de febrero de 2008, que permitía la eutanasia y el suicidio asistido, el Parlamento votó una modificación de la Constitución según la cual las leyes no requieren para entrar en vigor la aprobación del Jefe del Estado.

El 16 de marzo de 2009 entraron en vigor dos leyes relacionadas con esta materia. La ley 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, a la directiva y al acompañamiento al final de la vida y la Ley de la misma fecha, sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio.

30 Sobre este punto cfr. TOMÁS Y VALIENTE LANUZA, C., "Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada", *Documentos de trabajo*, Fundación Alternativas, Madrid, 2005, p.16.

31 Sobre las organizaciones mencionadas cfr. BOTICA, M., "El suicidio asistido en Suiza", *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 105 y ss.

Esta última ley dispone que no será sancionado penalmente, ni podrá dar lugar a una acción civil por daños y perjuicios, el hecho de que un médico acepte una petición de eutanasia o suicidio asistido cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. El paciente es mayor de edad, capaz y consciente en el momento de su petición;
2. La petición se formula de manera voluntaria reflexionada y, en su caso, repetida sin que sea el resultado de una presión externa;
3. El paciente se encuentra en una situación médica sin solución y su estado es de un sufrimiento psíquico o físico constante e insoportable sin perspectiva de mejoría, resultante de una dolencia accidental o patológica.
4. La petición del paciente de recurrir a la eutanasia o el suicidio asistido deberá ser formulada por escrito (artículo 2.1 de la Ley).

Al igual que prescribe la legislación belga, el médico, antes de proceder a la eutanasia o al suicidio asistido, deberá informar al paciente sobre su estado de salud y esperanza de vida, así como de las posibilidades que ofrecen los cuidados paliativos. Deberá también llegar al convencimiento de que la petición es voluntaria y de que a los ojos del paciente no hay ninguna solución aceptable en su situación. Igualmente, tiene la obligación de consultar a otro médico sobre el carácter grave e incurable de la dolencia del paciente. Este segundo médico redactará un informe con sus conclusiones, informe que se pondrá en conocimiento del enfermo. Por último, el médico que lleve a cabo la eutanasia o intervenga en el suicidio asistido deberá asegurarse de que el paciente ha tenido ocasión de dialogar sobre su petición con las personas que desee (artículo 2.2 de la Ley).

Asimismo, el médico que practique la eutanasia o la asistencia al suicidio, deberá remitir dentro de los 8 días siguientes a la Comisión Nacional de Control y Evaluación la documentación prescrita por la ley (artículo 5 de la Ley)³².

En **Alemania**, la eutanasia está sancionada penalmente, pero no determinadas conductas de participación en el suicidio asistido. Así, el artículo 216 del Código Penal alemán dispone: "1. Si una persona es llevada a matar a otra persona por expresa y seria petición de la víctima, se le impondrá la pena

32 Sobre la normativa en Luxemburgo cfr. GUERRA VAQUERO, A. Y., "La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo", *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, pp. 100 y ss.

de prisión de seis meses a 5 años. 2. La tentativa es punible”.

Asimismo, la petición contenida en unas instrucciones previas, solicitando la eutanasia para el caso en el que por enfermedad no pueda expresarse la voluntad, será considerada nula y no será vinculante para el personal médico³³.

El suicidio asistido no aparece mencionado en el artículo 216 del Código Penal alemán el cual no tipifica el suicidio, la tentativa de suicidio, la inducción a este, ni la participación en el suicidio de otra persona. Sin embargo, esta participación podría ser penalmente sancionable cuando el participante ostente la posición de garante del suicida³⁴.

En 2015 se modificó el Código Penal para introducir un nuevo delito relacionado con el suicidio asistido. Según el artículo 217 este texto legal: “1. Toda persona que con el fin de facilitar el suicidio de otro, lo permita, contribuya al mismo o proporcione los medios para llevarlo a cabo, de forma repetida-comercial, será castigada con una pena de prisión de hasta 3 años o con pena de multa. 2. El participante quedará exento de pena si no realiza el acto de forma repetida-comercial y es miembro o persona cercana de aquella a la que se hace referencia en el párrafo 1”.

Este artículo ha sido muy criticado doctrinalmente, sobre todo en relación con la ayuda al suicidio realizada por profesionales de la medicina, que generalmente no actúan con ánimo comercial, pero sí realizan esta ayuda repetidamente³⁵.

Recientemente, el Tribunal Constitucional Federal de Alemania ha emitido una importante sentencia, de 26 de febrero de 2020, sobre el suicidio asistido en la que ha declarado la inconstitucionalidad del artículo 217 del Código Penal. Para este Tribunal, el derecho general de la personalidad (artículo 2.1 en relación con el artículo 1.1 de la Ley Fundamental) como expresión de la autonomía personal comprende también el derecho a la muerte autodeterminada, que incluye el derecho al suicidio.

33 Sobre este punto cfr. DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN F. y SÁNCHEZ BARROSO, B., “La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Alemania: ¿una excepcionalidad o un modelo europeo basado en la dignidad humana?”, *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 100 y ss.

34 Cfr. DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN y SÁNCHEZ BARROSO, B., “La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Alemania: ¿una excepcionalidad o un modelo europeo basado en la dignidad humana?”, cit., pp. 189-190.

35 Cfr. DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN y SÁNCHEZ BARROSO, B., “La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Alemania: ¿una excepcionalidad o un modelo europeo basado en la dignidad humana?”, cit., pp. 192-193.

Este derecho a una muerte autodeterminada no está limitado a situaciones definidas por causas externas como enfermedades graves e incurables, ni se aplica solamente a algunos casos de la vida o la enfermedad. Por el contrario, este derecho está garantizado en todas las etapas de la existencia de una persona. Además, el Tribunal manifiesta que “la decisión individual de poner fin a la propia vida, basada en cómo la persona define la calidad de vida y una asistencia significativa, impide cualquier evaluación sobre la base de valores generales, dogmas religiosos, normas sociales referentes a la vida y a la muerte o consideraciones de racionalidad objetiva. Por tanto, no incumbe a la persona explicar o justificar su decisión. Por ello, su decisión debe, en principio, ser respetada por el Estado y por la sociedad como un acto libre de autodeterminación” [Apartado I.1.a), b].

En relación con la persona cooperante en el suicidio asistido, el Tribunal señala que “el derecho a acabar con la propia vida comprende la libertad de buscar y, si es ofrecida, utilizar la ayuda de terceros para este propósito [...]. Cuando el ejercicio de un derecho fundamental depende de la cooperación de terceros, y el libre desarrollo de la personalidad depende de la participación de otro, ese derecho fundamental también garantiza la protección frente a las restricciones que prohíben a esas terceras personas ofrecer, en el ejercicio de su propia libertad, dicha asistencia necesaria” [apartado I.1. b).

Por todo ello, el Tribunal declaró que, debido a su incompatibilidad con el derecho de la personalidad del individuo - el cual ha decidido libremente cometer suicidio-, la ayuda al suicidio asistido del artículo 217 del Código Penal es inconstitucional³⁶.

En **Italia**, la eutanasia y el suicidio asistido están tipificados como delito en los artículos 579 y 580 del Código Penal³⁷. Sin embargo, el Tribunal Constitucional italiano ha declarado, en una reciente sentencia, la inconstitucionalidad de una parte del artículo 580 del Código Penal. El supuesto de hecho contemplado era el de una persona, Fabiano Antoniani, que se había quedado tetraplégico y ciego

36 Sobre esta sentencia COLAIANNI, N., “L’ aiuto al suicidio tra Corte costituzionale 242/2019 e Bundesverfassung Gerischt, 26 febbraio 2020”, *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, n.6, 2020, pp. 1 y ss.

37 El artículo 579 dispone: “Cualquier persona que cause la muerte de un hombre, con el consentimiento de él será castigado con una prisión de seis a quince años”.

El artículo 580 establece que: “Cualquier persona que induzca a que otros se suiciden o refuerce las intenciones de suicidio de otros, facilite su ejecución de alguna manera, será castigada si ocurre el suicidio con prisión de cinco a doce años. Si no se produce el suicidio, será castigado con una pena de prisión de uno a cinco años, siempre que una lección personal grave o muy grave se derive del intento de suicidio”.

como consecuencia de un accidente de circulación. El accidentado estaba sometido a respiración artificial y necesitaba ser alimentado por vía parenteral. Además, sufría dolores agudos que no podían ser del todo aliviados farmacológicamente sino mediante sedación profunda. No obstante, conservaba intactas sus facultades intelectivas.

Fabiano Antoniani venía madurando el propósito, con anterioridad al cumplimiento de los dos años del accidente, de poner fin a su vida y así se lo comunicó a sus seres queridos. Al mismo tiempo, a través de su novia, entró en contacto con algunas de las organizaciones suizas que facilitaban el suicidio asistido. Durante este tiempo trabó amistad con Marco Cappato, quien accedió a sus deseos y le transportó en su automóvil hasta la organización suiza *Dignitas* donde el paciente puso fin a su vida.

El paciente falleció mediante el accionamiento con la boca de un émbolo, inyectado en sus venas, que contenía el fármaco letal.

A su regreso a Italia Marco Cappato se autodenunció y fue inscrito en el registro de investigados del Tribunal de Milán por el delito de ayuda al suicidio, de acuerdo con el artículo 580 del Código Penal.

El Fiscal del Tribunal de Milán solicitó la absolución del investigado o, subsidiariamente, el planteamiento de la cuestión de la legitimidad constitucional del artículo 580 del Código Penal. El Tribunal optó por plantear al Tribunal Constitucional la cuestión de legitimidad de este artículo en la parte que sanciona la ayuda al suicidio con la misma pena que la inducción o la persuasión al mismo.

El Tribunal Constitucional, en la sesión de 23 de octubre de 2018, admitió la petición del Tribunal de Milán y manifestó que el marco normativo vigente sobre el final de la vida dejaba sin una adecuada tutela determinadas situaciones merecedoras de protección constitucional, las cuales debían ser ponderadas con otros bienes constitucionalmente relevantes. Además, decidió posponer la decisión sobre la cuestión de la constitucionalidad del artículo 580 al 24 de septiembre de 2019. Con esta dilación se buscaba dar tiempo al Parlamento para pronunciarse sobre la reforma de dicho artículo. Transcurrido dicho plazo sin ningún pronunciamiento del Parlamento, el Tribunal Constitucional examinó la constitucionalidad del artículo 580.

Para ello, partió de la base de lo dispuesto en la Ley n. 219 de 2017, sobre el consentimiento informado y las instrucciones previas. De acuerdo con lo previsto en esta norma, el Tribunal Constitucional manifestó que, para que la ayuda al suicidio sea lícita

el solicitante de la misma debe cumplir una serie de requisitos: padecer una patología irreversible, tener graves sufrimientos físicos o psicológicos, depender de tratamientos de soporte vital y ser capaz de adoptar decisiones libres y conscientes. Estos requisitos deben ser comprobados por un médico. Además, se requiere que la voluntad del solicitante sea manifestada de modo claro y unívoco. Igualmente, es preciso que esta persona haya sido informada de las posibles soluciones alternativas y especialmente respecto del acceso a los cuidados paliativos y a la sedación profunda.

En virtud de esta argumentación, el Tribunal Constitucional italiano declaró la inconstitucionalidad del artículo 580 del Código Penal, por violación de los artículos 2 (reconocimiento y garantía de los derechos inviolables del hombre), 13 (inviolabilidad de la libertad) y 32.2 (el cual dispone que “Nadie podrá ser obligado a sufrir un tratamiento sanitario determinado, a no ser disposición de una ley. La Ley no podrá en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto a la persona humana”) de la Constitución.

La declaración de inconstitucionalidad parcial del artículo 580 se refiere a la parte del mismo en la que no excluye la punibilidad de quien, con los requisitos previstos en los artículos 1 y 2 de la Ley de 22 de diciembre de 2017, n.219, “facilita la ejecución del propósito de suicidio, autónoma y libremente formado de una persona mantenida mediante tratamientos de apoyo vital y afectada por una patología irreversible, causante de sufrimientos físicos o psicológicos que considera intolerable, pero plenamente capaz de adoptar decisiones libres y conscientes, siempre que tales condiciones y las modalidades de ejecución sean verificadas por una estructura pública del servicio sanitario nacional, previo el parecer del Comité de Ética territorialmente competente”³⁸.

En virtud de esta sentencia del Tribunal Constitucional, debe quedar claro que el suicidio asistido sigue estando prohibido en Italia. Lo único que ha declarado este órgano judicial es la no punibilidad de una las modalidades de la ayuda a este acto. Es decir, la simple facilitación al suicidio del solicitante (en este caso, su traslado en automóvil a Suiza) que cumple los requisitos de los artículos 1 y 2 de

38 Sobre esta sentencia cfr. PENASA, S., “El final de vida en Italia: rechazo de los tratamientos, instrucciones previas, asistencia al suicidio”, *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 210-211 y STAMPANONI BASSI, G., “La questione di legittimità costituzionale dell’art. 580 c.p. sollevata dalla Corte di Assise di Milano nel processo a Marco Cappato”, *Giurisprudenza Penale*, http://www.giurisprudenzapenale.com/wp-content/uploads/2018/09/StampanoniBassi_seminario13062018.pdf.

la Ley de 22 de diciembre de 2017, n.219, por otra persona la cual no ha influido en la formación de su voluntad. Por ello, permanecen punibles tanto la inducción como la persuasión por parte de una persona a otra para que cometa el suicidio asistido.

En **Estados Unidos** el suicidio asistido no es una materia en la que existe una legislación federal sino que se regula por cada Estado. Oregón fue el primer Estado que aprobó el suicidio asistido, en virtud de la *Oregon Death with Dignity Act* (ODDA) de 1994. Sin embargo, en 1995 esta Ley fue declarada inconstitucional por considerar que infringía la *Equal Protection Clause* de la decimocuarta Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos. Esta declaración de inconstitucionalidad fue anulada en 1997. En este mismo año tuvo lugar un referéndum para dejar sin efecto la *Oregon Death with Dignity Act*, cuyo resultado fue favorable a la continuación en vigor de esta Ley³⁹.

La ley permite el suicidio asistido, mientras que la eutanasia es ilegal. Los requisitos para acceder a la ayuda al suicidio son los siguientes:

El paciente tiene que ser mayor de 18 años, plenamente capaz y residente en el Estado de Oregón. Además, el paciente debe sufrir una enfermedad terminal con una expectativa de vida inferior a 6 meses.

Cumpléndose estos requisitos, el paciente que solicita la colaboración del médico para suicidarse ha de pedirlo dos veces, por escrito, y con un intervalo mínimo de 15 días, en presencia de dos testigos uno de los cuales no tiene que tener relación con él.

Además, tanto el médico que atiende al paciente como un segundo médico, denominado consultor, debe manifestar por escrito las condiciones del enfermo indicando además que la petición no obedece a un estado depresivo.

El medicamento letal no puede ser prescrito hasta que hayan transcurrido al menos 48 horas desde la petición escrita. Los médicos no están obligados a estar presentes en el momento de suicidio y pueden recetar, pero no administrar, los fármacos idóneos para producir la muerte rápida del paciente.

Finalmente, el médico debe presentar, dentro de los diez días siguientes a la muerte del paciente un informe en el que describa, las circunstancias de la muerte y los motivos del enfermo para solicitarla⁴⁰.

39 Cfr. VEGA GUTIÉRREZ J., “La práctica del suicidio asistido en Oregón y la pendiente resbaladiza”, *Cuadernos de Bioética*, vol. VXIII, núm.1, 2007, pp.56 y ss.

40 Cfr. VEGA GUTIÉRREZ J., “La práctica del suicidio

La legislación de Oregón sobre el suicidio asistido ha sido seguida también por los Estados de Washington⁴¹, Vermont⁴², California⁴³, Colorado⁴⁴, Distrito de Columbia⁴⁵ y Hawai⁴⁶.

En el Estado de Montana, el suicidio asistido ha sido admitido mediante decisión judicial. En el Estado de Nuevo México, el *Second Distric Court* de Albuquerque declaró, en enero de 2014, que la solicitud de ayuda de un enfermo terminal para morir es un derecho fundamental. Sin embargo, el Tribunal Supremo del Estado anuló la sentencia manifestando que se trataba de una cuestión que era de competencia de los poderes legislativo y ejecutivo y no del judicial⁴⁷.

En **Canadá**, la Ley de Asistencia Médica para Morir de 17 de junio de 2016 despenalizó la eutanasia y el suicidio asistido.

Los requisitos legales para llevar a cabo está asistencia médica son los siguientes:

El paciente debe tener derecho a recibir los servicios de salud financiados públicamente. Asimismo, tiene que ser mayor de 18 años, gozar de plena capacidad y formular su solicitud voluntariamente. El paciente debe sufrir problemas de salud, e incurables, y haber sido informado de los medios posibles para aliviar su sufrimiento.

La asistencia para morir, mediante la eutanasia o el suicidio asistido, debe ser llevada a cabo exclusivamente por profesionales sanitarios, bien sean médicos o enfermeros. Estos profesionales tienen que comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la ley, solicitar el informe de otro médico o enfermero y asegurarse que la solicitud del paciente se haya realizado por escrito y haya sido firmada por él ante dos testigos independientes.

Una vez formulada la petición, deben transcurrir al menos 10 días naturales desde la firma de la

asistido en Oregón y la pendiente resbaladiza”, cit., pp.58 y ss.; DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN F., “La regulación del suicidio asistido en Estados Unidos”, *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 121 y ss.

41 *Whashington Death with Dignity Act* que entró en vigor en 2009.

42 *Patient Choice and Control at the End of Life Act* de 2013.

43 *End of Life Options Act* de 2015.

44 *End of Life Options Act* de 2016.

45 *Death with Dignity Act* de 2016.

46 *Our care, Our choice Act* de 2018.

47 Cfr. DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, “La regulación del suicidio asistido en Estados Unidos”, *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 123 y ss.

misma hasta el momento en que la asistencia para morir tenga lugar.

Por último, la ley establece que en el momento de llevarse a cabo la asistencia médica para morir, el profesional sanitario que la realice deberá solicitar de nuevo el consentimiento del paciente para continuar con la misma. Esta medida tiene como finalidad dar al paciente la última posibilidad de revocar su solicitud⁴⁸.

En Latinoamérica, destaca el caso de **Colombia** cuya Corte Constitucional, en sentencia de 15 de mayo de 1997, ha declarado que el recurso a la eutanasia y el suicidio asistido es un derecho fundamental del enfermo terminal⁴⁹.

En **Australia** la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido depende de cada uno de sus Estados. En el territorio norte de Australia, cuya capital es Darwin, se legalizó la muerte asistida mediante la Ley de los enfermos terminales de 1995. Sin embargo, en 1997, el gobierno federal anuló esta Ley.

Posteriormente, el Parlamento del Estado de Victoria aprobó en 2017 la Ley de Muerte Asistida Voluntaria que legalizó la eutanasia y el suicidio asistido.

Los requisitos establecidos por esta Ley para tener acceso a estas prestaciones son:

Ser mayor de 18 años y tener la ciudadanía australiana o residir habitualmente en el Estado de Victoria; tener capacidad para tomar decisiones respecto de la muerte voluntaria asistida; haber sido diagnosticado de una enfermedad incurable que causará la muerte en un plazo no superior a los 6 meses y que produce un sufrimiento el cual no puede ser aliviado de una forma considerada aceptable por el paciente.

La muerte voluntaria asistida no está permitida por él solo hecho de que el paciente sufra una enfermedad mental o tenga una discapacidad⁵⁰.

48 Sobre la esta Ley canadiense cfr. SÁNCHEZ BARROSO, B., "La eutanasia y el suicidio asistido en Canadá", *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 133 y ss.

49 Sobre este punto cfr. DÍAZ AMADO, E., "La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas", *Revista de Derecho y Bioética*, núm. 40, 2017, pp. 125 y ss. y del mismo autor "El morir dignamente y la eutanasia en Colombia", *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 151 y ss.

50 Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, cit., p. 130; DE LA TORRE DÍAZ, J., "Anexo: la situación en Uruguay y Australia", *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., pp. 216-217.

4. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España la eutanasia y el suicidio asistido están tipificados como delitos en el Código Penal⁵¹.

No obstante, han sido varias las Proposiciones de Ley Orgánica sobre la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido presentadas en el Congreso por diversos grupos parlamentarios, aunque ninguna de ellas ha sido aprobada al momento de redactar estas líneas. A su estudio dedicamos los siguientes epígrafes, centrándonos especialmente en la última presentada en la actual Legislatura.

4.1. Las Proposiciones de Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia

El 19 enero de 1998 fue presentada en el Congreso de los Diputados por el Grupo Parlamentario Mixto una Proposición de Ley Orgánica sobre disponibilidad de la propia vida, que fue admitida a trámite el 20 de enero del mismo año⁵². Esta Proposición constaba de dos artículos. El primero de ellos despenalizaba la eutanasia y el suicidio asistido, a petición libre y expresa de la persona que sufriera una enfermedad grave, la cual le hubiera conducido necesariamente a la muerte o le produjera padecimientos permanentes y difíciles de soportar, o que, siendo permanente, le incapacitara de manera generalizada para valerse por sí misma⁵³.

El artículo segundo modificaba parcialmente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad,

51 El art.143 del Código Penal dispone:

"1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

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 hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, 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".

52 Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Núm. 143-1, 26 de enero de 1998.

53 Artículo primero. 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, permitiese, propiciare o facilitare la muerte digna y sin dolor de otra persona, a petición expresa, libre e inequívoca de ésta, 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".

introduciendo el derecho del paciente a decidir libremente, una vez informado, el tratamiento médico que se le fuera a aplicar, como presupuesto del reconocimiento de la voluntad de morir del afectado.

La Proposición de Ley Orgánica fue rechazada.

En el mismo año, el **Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida presentó en el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley Orgánica de despenalización de la eutanasia. La Proposición fue presentada el 22 de enero de 1998 y admitida trámite el 3 de febrero del mismo año**⁵⁴.

La Exposición de motivos de esta Proposición de Ley Orgánica manifestaba que “El derecho del hombre a una muerte digna está directamente relacionado con el derecho a una vida digna, por ello, cuando causas de naturaleza médica impiden al ser humano desarrollar su vida propia, o le pongan en situación de fuerte menoscabo de su dignidad como persona, o le supongan padecimientos físicos permanentes e irreversibles, hacen que se deba dar la oportunidad de poner fin a una vida no digna desde el punto de vista de quien decide, que es la propia persona afectada [...]”.

De acuerdo con estos motivos, la Proposición de Ley Orgánica manifestaba la necesidad de modificar el apartado 4 del artículo 143 del Código Penal que debía quedar 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 éste, que conste en documento público, y mediando dictamen facultativo que constate la situación médica del paciente, cuando de forma irreversible:

- a) Sufriera 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 la representación legal con arreglo al Código Civil, podrán realizar del facultativo correspondiente dicha petición de actos necesarios y directos”.

⁵⁴ Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, VI Legislatura, Núm. 146-1, 9 de febrero de 1998.

La Proposición de Ley Orgánica fue rechazada⁵⁵.

Una nueva **Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia fue presentada en el Congreso por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-En Marea, el 18 de enero 2017**⁵⁶.

En su Exposición de motivos, esta Proposición de Ley Orgánica manifestaba que “la sociedad española ha manifestado así en diversos estudios cuantitativos y cualitativos su apoyo creciente, hoy ya francamente mayoritario, a la regulación de la eutanasia”.

Asimismo, afirmaba, que el principio de autonomía “no ha de limitarse al reconocimiento de derechos en torno a recibir información médica completa y veraz, al disfrute de unos cuidados de calidad accesibles y centrados en la persona o en el rechazo de tratamientos. Es necesario expandir estos derechos hacia la garantía pública de una buena muerte (*eu thánatos*) que resulte acorde con la defensa de una vida digna hasta el final, lo que incluye tanto el derecho a la eutanasia como al suicidio médicamente asistido.”

Tras definir la eutanasia y el suicidio asistido⁵⁷ la Proposición de Ley Orgánica establecía que para solicitar estas prestaciones la persona debía ser mayor de 18 años o menor emancipado legalmente, capaz y consciente en el momento de la petición. Además esta persona tenía que encontrarse en la fase terminal

⁵⁵ Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados de 19 de febrero de 1998.e

⁵⁶ Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Serie B, Núm. 77-1, 26 de enero de 2017. Sobre la posición de los distintos Grupos en el debate parlamentario cfr. GIMBEL GARCÍA, J. F., *El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas. Sistema de garantías y encuesta de valoración*, 2019, pp. 115 y ss., http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-DeryCSoc-Jfgimbel/GIMBEL_GARCIA_Jose_Francisco_Tesis.pdf

⁵⁷ Artículo 3:
“A los efectos dispuestos en esta ley se aplicarán las siguientes definiciones:

1. «Eutanasia»: hace referencia a las acciones realizadas por un médico, apoyado por un equipo de profesionales sanitarios, para causar la muerte de manera rápida, eficaz e indolora a una persona con una enfermedad grave que conduce necesariamente a su muerte o que padece sufrimientos físicos o psíquicos que considera intolerables. El solicitante formula su petición de manera libre, expresa, informada y reiterada.
2. «Suicidio médicamente asistido»: es la acción de una persona, con una enfermedad grave que conduce necesariamente a su muerte o que padece sufrimientos físicos o psíquicos que considera intolerables, de finalizar su vida con la asistencia de un médico. Este le proporciona los medios para hacerlo y le atiende durante su proceso de muerte. El solicitante formula su petición de manera libre, informada, inequívoca y reiterada”.

de una enfermedad o padecer sufrimientos físicos o psíquicos que considere intolerables. En todo caso, el paciente debería, antes de la solicitud, haber sido informado de todas las alternativas de tratamientos existentes, así como de los recursos disponibles en el ámbito socio-sanitario⁵⁸. La solicitud debería hacerse por escrito, fechada y firmada en presencia del médico responsable, y repetida al menos en dos ocasiones, con una separación de 15 días⁵⁹.

El médico responsable tenía la obligación de informar al paciente sobre su estado de salud, de comprobar la voluntariedad de su petición y asegurarse de la existencia de una enfermedad terminal o de un sufrimiento físico o psíquico intolerable. Asimismo, debía dirigirse a un médico consultor, sin interés en el caso, para que confirmara la existencia de estos requisitos⁶⁰.

Además, el médico responsable estaba obligado a remitir a la Comisión de Evaluación existente en cada comunidad autónoma tras la realización de la eutanasia y el suicidio asistido, la documentación prescrita por la Ley⁶¹. La Proposición de Ley Orgánica creaba también una Comisión Estatal de Seguimiento dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con las funciones de resolver las dudas o cuestiones que pudieran surgir en la aplicación de la ley y de servir de órgano consultivo para los servicios de salud en el ámbito de la eutanasia y el suicidio asistido⁶².

La Proposición de Ley Orgánica disponía que las prestaciones de la eutanasia y suicidio asistido quedarían incluidas en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud⁶³, reconocía la objeción de conciencia del personal sanitario implicado en dichas prestaciones⁶⁴ y, lógicamente, proponía una modificación del artículo 143.4 del Código Penal, el cual quedaría redactado de la siguiente manera:

“No será punible la conducta de aquel que con actos necesarios y directos coopere en o cause la muerte a otro cuando este lo haya solicitado de manera expresa, inequívoca y reiterada con arreglo a lo que establezca la legislación específica. La persona solicitante habrá de ser una

persona con una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte o que padezca sufrimientos físicos o psíquicos que ella considere insostenibles”.

La abstención del PSOE y de Ciudadanos y el voto contrario del Partido Popular supuso que esta Proposición de Ley Orgánica ni siquiera fuera admitida a trámite⁶⁵.

Por su parte, **el Parlamento de Cataluña presentó en el Congreso, el 10 de agosto de 2017, una Proposición de Ley de reforma de la Ley Orgánica 10/1995 de 25 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio**⁶⁶. En ella, se proponía una modificación del artículo 143.4 del Código Penal, que debía ser redactado de esta forma:

“4. No obstante lo establecido por los apartados anteriores, está exento de responsabilidad penal el que, por petición expresa, libre e inequívoca de una persona que padezca una enfermedad grave que lo conducirá necesariamente a la muerte o una patología incurable que le provoca sufrimiento físico o psíquico grave y que se prevé que será permanente, cause con actos necesarios la muerte segura, pacífica y sin dolor de esta persona o coopere a ello, dentro del marco legal establecido”.

Esta Proposición superó el trámite de consideración y fue remitida a la Comisión de Justicia del Congreso. Sin embargo, la disolución de las Cámaras por el Real Decreto 129/2019 de 4 de marzo, de disolución del Congreso de los Diputados y del Senado y de convocatoria de elecciones, supuso su caducidad⁶⁷.

El 3 de mayo de 2018 el Grupo Parlamentario Socialista presentó en el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia⁶⁸.

Entre las definiciones contenidas en esta

65 LÓPEZ TRUJILLO, N., “La Ley de eutanasia vuelve al Congreso: preguntas y respuestas, en www.neutral.es”

66 Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Serie B, Núm. 154-1, 8 de septiembre de 2017.

67 Cfr. ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., *Derecho fundamental a la vida y muerte asistida*, Granada, 2019, p. 104, nota 180. Sobre la posición de los distintos Grupos en el debate parlamentario cfr. GIMBEL GARCÍA, *El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas*, cit., pp. 137 y ss.

68 Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Serie B, Núm. 270-1, 21 de mayo de 2018.

La Proposición de Ley Orgánica fue admitida a trámite el 17 de mayo de 2018.

58 Artículo 4.

59 Artículos 4.2 y 6.1.

60 Artículo 8.

61 Artículo 9.

62 Artículos 13 a 17.

63 Artículo 11.2.

64 Artículos 10.2 y 12.3.

Proposición de Ley Orgánica se encontraba la de *prestación de ayuda para morir*, que “se puede producir en dos modalidades:

- a) la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o
- b) la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”.

Con estas definiciones del artículo 3.6 la Proposición se refería directamente a la eutanasia y al suicidio asistido.

La prestación de ayuda para morir estaba incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y sería de financiación pública aunque se practicase en el domicilio particular de las personas solicitantes (artículo 16.1).

Para poder solicitar la prestación de ayuda para morir, la persona debía tener nacionalidad española, ser mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud. Además, tenía que formular de manera voluntaria su solicitud, por escrito que debía repetirse al menos en una ocasión con una separación de 15 días naturales. Asimismo, el paciente debía padecer una enfermedad grave e incurable o sufrir una discapacidad grave crónica en los términos establecidos en esta Ley (artículo 5)⁶⁹.

El facultativo responsable de la prestación de la ayuda para morir debería informar a la persona solicitante sobre diagnósticos, posibilidades terapéuticas y posibles cuidados paliativos. Asimismo, tenía que comprobar que la solicitud es voluntaria y que el paciente padece una enfermedad grave incurable o una discapacidad grave crónica. Además, tenía la obligación de consultar a otro facultativo, que no formara parte del equipo médico, el cual debía corroborar el cumplimiento de los requisitos exigidos para solicitar la prestación de ayuda para morir. Finalmente, el facultativo responsable, antes de realizar la ayuda para morir, tenía que ponerlo en conocimiento de la Comisión de Evaluación y Control para

que realizase el control previo de la concurrencia de los requisitos exigidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y a recibir la ayuda para morir (artículos 9 y 15).

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, el facultativo responsable tenía que remitir a la Comisión de Evaluación y Control de su comunidad autónoma la documentación prescrita por la ley (artículo 13).

Los facultativos directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir tenían derecho a ejercer la objeción de conciencia y eran inscritos en un registro de profesionales sanitarios objetores (artículo 12).

Por su parte, la Proposición de Ley Orgánica disponía que, para asegurar la igualdad y la calidad asistencial en la prestación de la ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaboraría un Manual de buenas prácticas con unos contenidos mínimos y comunes para orientar en la correcta puesta en práctica de esta Ley (artículo 17.1).

Esta proposición de Ley Orgánica creaba una Comisión de Control y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (artículo 20). Entre las funciones de estas comisiones figuraban las de resolver las reclamaciones formuladas por las personas a las que el profesional sanitario responsable hubiera denegado su solicitud de ayuda para morir. Igualmente, entraban dentro de sus competencias la comprobación del ejercicio sin trabas de los derechos derivados de esta Ley y la de detectar los posibles problemas en el cumplimiento de las disposiciones de la misma, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas (artículo 21).

Finalmente, la Proposición de Ley Orgánica proponía una detallada modificación del artículo 143.4 del Código Penal (Disposición adicional primera), el cual quedaría redactado de la siguiente forma:

“No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o discapacidad grave crónica, en los términos establecidos en la ley.

Se entiende por enfermedad grave e incurable aquella que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin

⁶⁹ El artículo 3.3 definía la enfermedad grave incurable como aquella “que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

El mismo artículo, en su apartado 2, consideraba como discapacidad grave crónica la “situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí mismo, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona”.

posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Por discapacidad grave crónica se entiende la situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí misma, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entienden por limitaciones aquellas que incidan fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable. En ocasiones pudiere suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico⁷⁰.

Esta Proposición de Ley Orgánica caducó debido a la disolución del Congreso y del Senado por el mencionado Real Decreto 129/2019 de 4 de marzo.

El 12 de julio de 2019, el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-En Marea presentó de nuevo en el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley Orgánica sobre la Eutanasia, que fue admitida a trámite el 16 de julio de ese mismo año⁷¹. El texto era igual que el presentado el 18 de enero de 2017. No obstante, esta Proposición de Ley Orgánica caducó debido a la disolución de las Cámaras por el Real Decreto 551/2019 de 24 de septiembre, que convocaba a elecciones para el 10 de noviembre de 2019.

El 19 de julio de 2019, el Grupo Parlamentario Socialista volvió a presentar en el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia⁷². El contenido de esta Proposición de Ley Orgánica era prácticamente igual al de la presentada el 3 de mayo de 2018, salvo algunas modificaciones.

Así, en la Proposición de Ley Orgánica de 2019 se omitían en sus definiciones “la discapacidad

grave crónica” y la de “valores vitales”, que figuraban en la de 2018. La denegación de la prestación de ayuda para morir del artículo 8 de la Proposición de 2018 estaba redactada con una menor amplitud que la correspondiente al artículo 7 de la de 2019. Los deberes y obligaciones de los facultativos responsables de la prestación de la ayuda para morir, que figuraban en artículo 9 de la Proposición de 2018, tenían asimismo una redacción distinta a los del artículo 8 de la Proposición de 2019. En la prestación de la ayuda para morir de la Proposición de 2018 se establecía en su artículo 11 la obligación de respeto por el personal sanitario de las convicciones y creencias del enfermo terminal, que no figuraban en la Proposición de 2019. Por último, la Disposición Final Primera de la Proposición de 2019, referente a la modificación del artículo 143.4 del Código Penal, estaba formulada de una manera más breve que la establecida en la misma Disposición de la Proposición de 2018. Según la Disposición Final Primera de la Proposición de 2019, el apartado 4 de dicho artículo quedaba redactado de la siguiente forma:

“No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en la normativa sanitaria”.

Esta Proposición de Ley Orgánica caducó en virtud del Real Decreto 551/2019 al que ya nos hemos referido.

En junio de 2019, el Parlamento de Cataluña volvió a presentar la Proposición de Ley Orgánica de reforma de Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y ayuda al suicidio, que fue admitida a trámite el 13 de diciembre del mismo año⁷³

Al igual que la Proposición de Ley Orgánica presentada en 2017, la de 2019 se inspiraba en el informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido, elaborado por el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña en 2006. Asimismo la Proposición mencionaba como fuente de inspiración la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria, elaborada en 2001 y revisada y aprobada por el Departamento de Salud en junio de 2015.

El último documento manifestaba que “cuando se dan situaciones de sufrimiento insoportable y la persona, en plena posesión de sus facultades, expresa su deseo de morir y solicita ayuda para hacerlo,

70 Una crítica a esta Proposición de Ley puede verse en MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., pp. 66 y ss. Sobre la posición de los distintos Grupos en el debate parlamentario cfr. GIMBEL GARCÍA, *El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas*, cit., pp. 137 y ss.

71 Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Serie B, Núm. 62-1, 22 de julio de 2019.

72 Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Serie B, Núm. 64-1, 30 de julio de 2019. La Proposición fue admitida a trámite el 25 de julio del mismo año

73 Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Serie B, Núm. 16-1, 30 de diciembre de 2019.

tiene el derecho a recibir un trato respetuoso y a que se le dé una respuesta proporcionada a la intensidad de este sufrimiento. La persona tiene derecho a que los profesionales sanitarios le faciliten los cuidados y tratamientos necesarios para facilitarle una muerte digna y sin sufrimiento, siempre dentro del marco legal vigente”.

La Proposición de Ley Orgánica, después de examinar la legislación sobre la eutanasia y el suicidio asistido en diversos países, afirmaba que era “necesaria una Ley de disposición y soberanía sobre la propia vida que garantice la libre autonomía personal y, a su vez, la protección de los colectivos más vulnerables. El desarrollo de dicha Ley puede inspirarse en la ley holandesa de 2001 y sobre todo en el capítulo 10 del informe del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña mencionado más arriba”.

En su artículo único, la Proposición de Ley Orgánica proponía una modificación del apartado 4 del artículo 143 del Código Penal, que quedaría redactado de la misma forma que el de la Proposición de 2017.

La Proposición de Ley Orgánica de 2019 quedó caducada por el Real Decreto 551/2019, de 24 de septiembre, de convocatoria de elecciones a ambas Cámaras.

Por último, el Grupo Parlamentario Socialista volvió a presentar en el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia el 24 de enero de 2020.

La Proposición fue admitida a trámite el 28 de enero del mismo año⁷⁴.

El contenido de esta Proposición es idéntico al de la presentada por el mismo grupo parlamentario el 19 de julio de 2019. La Proposición presentada en enero de 2020 se encuentra en trámite de discusión en el Congreso aunque en la actualidad el debate está paralizado por las circunstancias excepcionales causadas por la pandemia de la Covid 19⁷⁵.

4.2 Examen crítico de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia de 24 de enero de 2020

De entre todas las Proposiciones de Ley

⁷⁴ Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, Serie B, Núm. 46-1, 31 de enero de 2020.

⁷⁵ Un sucinto examen de esta Proposición de Ley Orgánica puede verse en ELÍAS MONDEJA, A., *La inducción, el suicidio asistido y el homicidio. El derecho negativo a la vida. La eutanasia*, Málaga, 2020, pp. 145 y ss.

Orgánica sobre la eutanasia presentadas en el Congreso vamos a centrar nuestro examen crítico en la última de ellas por encontrarse, en el momento de redactar estas líneas, en tramitación parlamentaria. En primer lugar, haremos una serie de consideraciones generales para –después– analizar específicamente alguno de sus artículos.

En cuanto a las primeras, hay que destacar que en la tramitación legislativa se ha optado por una Proposición de Ley (presentada por el Grupo Socialista) y no por un Proyecto de Ley (a iniciativa del Gobierno que deriva de ese mismo grupo). La primera opción, permite omitir el dictamen del Consejo de Estado y un posible informe del Comité de Bioética. De igual modo, tampoco será necesario el informe del Ministerio de Justicia ni del Consejo General del Poder Judicial, a pesar de que la aprobación de la nueva norma requiere la reforma del Código Penal.

La Proposición de Ley Orgánica de 24 de enero de 2020 considera, en su Exposición de motivos que la “eutanasia (es) aquella que se produce de manera activa y directa”, lo cual, en nuestra opinión, resulta correcto pues la entiende en un sentido estricto excluyendo la eutanasia pasiva como expusimos *supra*.

Pese a la propia denominación de la Proposición de Ley Orgánica y la mención en la Exposición de motivos, el término eutanasia no se vuelve a utilizar en el articulado. Lo mismo ocurre con el suicidio asistido. En efecto, del mismo modo que las Proposiciones de Ley Orgánica de 3 de mayo de 2018 y 1 de julio de 2019, el texto del articulado de esta Proposición de Ley Orgánica de 2020 se refiere a la eutanasia y al suicidio asistido, con la expresión “prestación de ayuda para morir” [artículo 3. g)].

Es preciso señalar que la Proposición de Ley Orgánica menciona una serie de conceptos relacionados con la eutanasia y suicidio asistido (consentimiento informado, enfermedad grave, crónica e invalidante, enfermedad grave e incurable, médico responsable, prestación de ayuda para morir. etc.). Sin embargo, como ha sido puesto de relieve, olvida mencionar otros -tales como, sedación terminal, adecuación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos, obstinación terapéutica- que son necesarios para una correcta aplicación de la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio⁷⁶. Es criticable esta omisión pues en una materia tan delicada, susceptible de producir situaciones límites, hubiera sido conveniente la mayor concreción y claridad posible.

⁷⁶ MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., p. 69.

Respecto de los destinatarios, hay que destacar que la Proposición opta por un concepto amplio (que comprendería no solo los enfermos terminales) de eutanasia tal y como defendimos *supra* en el epígrafe 1 si bien es preciso matizar esta observación. La Exposición de motivos define la eutanasia como 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”. Y, en el artículo 5, se establece que podrán solicitarla quienes sufran “una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante”. Existen, por tanto, dos tipos de destinatarios definidos en el artículo 3; quienes sufran una:

“b) «Enfermedad grave, crónica e invalidante»: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

Partiendo de tales definiciones podríamos plantearnos si realmente estamos ante un concepto amplio de eutanasia. Recordemos que el mismo engloba los supuestos en los que la muerte es inmediata como aquellos en los que no lo es pero se padece una lesión o afección grave, invalidante e irreversible. A primera vista la Ley parece centrarse solo en el segundo supuesto lo que supondría una novedad en esta materia. Sin embargo, un examen más detenido nos permite defender el concepto amplio al que nos estamos refiriendo. En la segunda definición (*Enfermedad grave e incurable*) se hace referencia a aquella enfermedad “en la que existe un pronóstico de vida limitado”; supuesto que podemos identificar con una muerte cercana. Esta interpretación se ve confirmada al analizar los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir del artículo 5.1.

El tercero de ellos exige haber solicitado voluntariamente y por escrito la eutanasia en dos ocasiones existiendo una separación de quince días entre ambas. No obstante, este plazo se puede reducir “si el médico o la médica responsable considera que *la muerte de la persona solicitante* o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado *son inminentes*” (la cursiva es nuestra). No obstante, parece clara la intención de la Proposición de Ley Orgánica de centrarse más en las personas con lesiones o afecciones invalidantes que van a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación que en los enfermos terminales⁷⁷.

Como última observación genérica resulta interesante mencionar las enmiendas a la Proposición de Ley Orgánica propuestas por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)⁷⁸.

Este Comité exige que, en esta Proposición de Ley Orgánica, “no se incurra en ningún momento en el simplismo sesgado de vincular las situaciones de discapacidad con las decisiones personales sobre el final de la vida, como si se tratara de una regulación particularmente pensada para este grupo social”.

En apoyo de las enmiendas propuestas, el CERMI menciona la vigencia en España de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. En virtud

77 Son significativas, en este sentido, las palabras de la Diputada CARCEDO ROCES, del Grupo parlamentario Socialista, en defensa de la Proposición en la toma de consideración de la misma en el Congreso: “Es una ley cuya regulación va más allá de la despenalización en el Código Penal de la ayuda a morir dignamente. Es una ley que regula un procedimiento por el cual se establece un nuevo derecho para que las *personas que se encuentren en esta situación decidan o no solicitar ayuda para morir cuando sufren una enfermedad incurable, una enfermedad que no es de muerte inmediata* y que les está generando un sufrimiento y un dolor que, a su manera de entender, su condición humana, les resulta insoportable para su dignidad, para su integridad física o moral, y que también consideran que atenta contra su condición humana [...] Esta proposición de ley regula las condiciones en las que las personas pueden ejercer este derecho, qué circunstancias tienen que reunir para poder optar a este nuevo derecho que se regula, y es en todo caso que *estas personas deben de padecer una enfermedad invalidante, una enfermedad grave, una enfermedad que no tiene tratamiento efectivo, que se sabe cómo evoluciona pero que no puede ser tratada, no puede ser aliviada y que no supone una muerte con carácter inmediato; no se sabe si va a pasar un mes, diez meses, tres años para que se produzca el desenlace* y, durante ese tiempo, las personas están sufriendo” (las cursivas son nuestras).

78 <https://www.cermi.es/es/actualidad/novedades/propuestas-de-enmiendas-del-cermi-la-proposicion%C3%B3n-de-ley-org%C3%A1nica-de-0>

Sobre esta cuestión cfr. LAURA SERRA, M^a., “Sobre eutanasia y personas con discapacidad. Breve análisis de la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, propuesta presentada por el Grupo parlamentario Socialista (PSOE) a la mesa del Congreso de los Diputados”, *Anales de Derecho y Discapacidad*, n.º.3, 2018, p. 259 y ss.

de esta Convención, el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas recomienda a España que “vele por que no existan disposiciones que permitan la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación”.

Basándose en esta Convención, el CERMI presenta una enmienda genérica a todo el texto de la Proposición de Ley Orgánica. En ella, “se propone la supresión de toda referencia indirecta a *discapacidad* o a *personas con discapacidad* o que la señalen o evoquen como *invalidante*, *limitaciones* o *impedido* en todo el texto de la Proposición de Ley”. Junto a esta enmienda general se formulan enmiendas precisas para desterrar esta terminología impropia e inconsistente con los compromisos internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad suscritos por España.

Analizaremos, a continuación, algunos aspectos destacados del articulado de la Proposición de Ley Orgánica de 24 de enero de 2020. Nos centraremos en: los **requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir** (artículo 5); **derecho a la objeción de conciencia sanitaria** (artículo 16); la creación de una **Comisión de Control y Evaluación** de las prácticas médicas relativas a la eutanasia (artículo 17); y existencia de un **Manual de buenas prácticas** para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley (artículo 14.1).

La Proposición de Ley Orgánica establece, entre los **requisitos necesarios para poder recibir la prestación de ayuda para morir**, que el paciente tenga nacionalidad española o residencia legal en España, que sea mayor de edad, y tenga capacidad y conciencia en el momento de la solicitud. Asimismo, el paciente debe disponer por escrito “de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos”. Igualmente, es preciso que el paciente haya formulado por escrito y de manera voluntaria dos solicitudes, dejando una separación de al menos 15 días naturales entre ambas. Sobre este último requisito, la Proposición de Ley Orgánica dispone que “si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier período menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente” [artículo 5.1.c)].

En relación con lo dispuesto en el artículo 5.1.c) de la Proposición de Ley Orgánica alguna autora ha

opinado que, si la muerte es inminente, hasta qué punto es necesaria la aplicación de la eutanasia⁷⁹. En nuestra opinión, en el dolor -o, más concretamente, en el no querer padecerlo- podría estar la respuesta a este interrogante. No obstante, nos parece que la eutanasia es una solución extrema para el alivio del dolor. En estos supuestos sería más adecuado el recurso a los cuidados paliativos los cuales, según la *Asociación Europea de Cuidados Paliativos*, tienen como finalidad “el cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. El control del dolor, y otros síntomas de los problemas sociales, psicológicos y espirituales es de suma importancia”. Estos cuidados “se dirigen a preservar la mejor calidad de vida posible hasta la muerte”⁸⁰. En relación con este punto, NEGRI ha señalado acertadamente que resulta “inaceptable que, con los medios disponibles en la actualidad, la persona afectada de una enfermedad incurable e irreversible -por la cual la vida ha devenido una tortura física y psíquica sin esperanza- pase su penoso camino hacia la muerte sufriendo”⁸¹.

Por tanto, la inminencia de la muerte del paciente no obsta para la aplicación de los cuidados paliativos y, entre los elementos que integran su contenido, especialmente y por lo que aquí respecta, el alivio del dolor, la sedación paliativa y la adecuación del esfuerzo terapéutico ayudarían a entender la respuesta que acabamos de proponer⁸². Con la puesta en práctica de estos cuidados, el paciente terminal llegará a la muerte de un modo natural y digno sin sufrimiento. No obstante, y volviendo a la Proposición de Ley Orgánica que estamos analizando en este epígrafe, si la aplicación de estos cuidados resulta fútil y el paciente consciente sigue solicitando la prestación de la ayuda para morir, el profesional sanitario responsable debería aplicar la eutanasia.

El último requisito para poder solicitar la ayuda para morir es el exigido por el artículo 5.1.e). La Proposición de Ley Orgánica exige -de acuerdo con el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de

79 Como señala MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., p. 72.

80 *Libro Blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*, Monografías SECPAL, n.0, Presentación, Mayo 2012, p. 8.

81 NEGRI, S., *Cuidados paliativos y derecho internacional de los derechos humanos: el derecho universal a no sufrir*, www.academia.edu/10435115/cuidados, cit., p. 21, con cita de VERONESI, U., *Il diritto di non soffrire*, Milano, 2011, pp.18-19.

82 Sobre estas cuestiones nos remitimos al epígrafe final y a nuestro trabajo *Los cuidados paliativos: un enfoque jurídico*, Dykinson, 2020.

derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la cual no menciona el requisito de que el paciente preste su consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento [artículo 6.3 de la Proposición de Ley Orgánica].

La Proposición de Ley Orgánica no menciona el consentimiento informado por representación para solicitar la eutanasia y el suicidio asistido. Entendemos que este tipo de consentimiento, regulado en el artículo 9.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, no resulta aplicable en estos casos. La razón es, como dijimos, que para llevar a cabo estas prácticas es necesaria la existencia de un consentimiento exclusivamente personal del solicitante.

En apoyo de esta opinión, cabe citar lo dispuesto en el artículo 6.4, según el cual “En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente”. Como puede verse, en todo caso, es preciso que conste la voluntad del paciente formulada en este supuesto en un documento de instrucciones previas o equivalente.

Por otra parte, la Proposición de Ley Orgánica establece en su artículo 5.2 una excepción a la exigencia de cumplir los requisitos para recibir la ayuda para morir enumerados en el apartado 1 de este artículo. Según lo dispuesto en el artículo 5.2: “No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que él o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior [“Sufrir enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta Ley, certificado por el médico o médica responsable”] y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento”. Es decir, no se exigirán los requisitos cuando el médico determine la incapacidad de hecho del paciente siempre que existan instrucciones previas. No se requiere, por tanto, intervención judicial alguna para declarar dicha incapacidad.

Puesto que la Ley no menciona el caso del paciente con una incapacidad de hecho permanente, el cual no haya suscrito un documento de instrucciones

previas, en nuestra opinión, en este supuesto no es factible practicar la eutanasia y el suicidio asistido. La razón estriba en que estas prestaciones requieren para poder llevarlas a cabo la existencia ineludible de un consentimiento personal del paciente manifestado antes de realizarlas, según la Proposición de Ley Orgánica, en una solicitud por escrito o en un documento de instrucciones previas.

Un acierto de la Proposición de Ley Orgánica es el reconocimiento del ejercicio del **derecho a la objeción de conciencia sanitaria** por parte de los profesionales implicados en la prestación de ayuda para morir.

La objeción solo podrán ejercerla los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de la eutanasia o del suicidio asistido, y deberán manifestarla anticipadamente y por escrito.

La Proposición de Ley Orgánica dispone que “Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la Administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir” (artículo 16).

Dado que este artículo 16 de la Proposición de Ley Orgánica no lo menciona, es preciso entender que la objeción no debe ser objeto de control, en cuanto a las razones que la motivan, por parte de ningún órgano de la Administración. Asimismo, puesto que dicho artículo no dice nada sobre este punto, es evidente que el profesional sanitario objetor tendrá derecho a revocar su objeción. No obstante, la Ley podrá establecer los requisitos necesarios para que esta revocación surta efectos

La Proposición de Ley Orgánica dispone la creación de una **Comisión de Control y Evaluación** en cada una de las comunidades autónomas, así como en las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Cada una de estas Comisiones deberá elaborar un reglamento de orden interno, que será autorizado por el órgano competente de la Administración autonómica. En el caso de las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, la autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (artículo 17).

Estas Comisiones de Control y Evaluación ejercitan, entre otras funciones, un control previo de la prestación de la ayuda para morir. Para ello, el profesional sanitario responsable de la realización de esta prestación, antes de llevarla a cabo, lo pondrá

en conocimiento del presidente de la Comisión correspondiente, el cual en el plazo de 2 días siguientes a la recepción de la documentación designará a dos miembros de la misma. Estas personas, con carácter previo al pronunciamiento definitivo del órgano colegiado, comprobarán si concurren los requisitos y condiciones establecidas para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

Una vez evaluado el cumplimiento de los requisitos de la ley, estas dos personas, en el plazo máximo de 7 días naturales, “llevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación, o en su caso denegación de la solicitud de prestación de ayuda para morir”. El contenido de la citada propuesta no vinculará el sentido de la resolución definitiva de la Comisión (artículo 10.1 y 3).

La Proposición solo menciona que la resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse en conocimiento del médico responsable que realizó la comunicación en el plazo más breve posible, sin determinar un número de días. Una vez recibida la resolución definitiva, el facultativo responsable podrá proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir (artículo 10.4).

La crítica que cabe hacer a las disposiciones referentes a las Comisiones de Control y Evaluación obedece sobre todo a la complejidad del sistema y, en particular, a la pluralidad de reglamentos que ello conlleva, cada uno de ellos con sus particulares criterios. Por otra parte, la indeterminación de la duración del plazo de la comunicación definitiva al facultativo responsable otorga a las mencionadas comisiones una discrecionalidad indeseable.

Finalmente, en este examen es preciso mencionar el **Manual de buenas prácticas**, que el Consejo Interterritorial deberá elaborar en el plazo de tres meses a partir de la entrada en vigor de la ley, para servir de orientación en la correcta puesta en práctica de la ley (artículo 14.1).

Como se ha señalado, a nuestro juicio acertadamente, esta disposición supone una gran incertidumbre porque la aplicación de la ley quedará en último término condicionada a lo que establezca dicho manual. Además, se echa en falta la mención de quién debe elaborarlo y las organizaciones y colectivos profesionales que deberían participar en su redacción⁸³.

Por último, la Disposición adicional primera reiteraba el texto de las Proposiciones de Ley Orgánica

83 Como señala MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., pp. 72-73.

de 3 de mayo de 2018 y 1 de julio de 2019 sobre la modificación del artículo 143.4 del Código Penal. Como puede verse el texto de esta norma despenaliza toda ayuda al suicidio a diferencia de lo que sucede en el artículo 580 del Código Penal italiano. Recordemos que sobre esta norma se ha pronunciado recientemente el Tribunal Constitucional italiano despenalizando solamente la ayuda para acceder a la práctica del suicidio asistido (cfr. *supra* epígrafe 3).

5. LAS FUNDAMENTACIONES TEÓRICAS, FAVORABLES Y CONTRARIAS, DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

5.1 La posición contraria de las confesiones religiosas

Desde diversas posiciones ideológicas y con distintos argumentos se ha defendido o rechazado la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido⁸⁴.

Una de las teorías más significativas e importantes es la proveniente de diferentes grupos religiosos. La razón principal de su exposición en este trabajo radica en que algunas cuestiones como el dolor, la enfermedad y la muerte forman tradicionalmente parte de las enseñanzas de las religiones. Y estas enseñanzas determinan la escala de valores con la que muchos seres humanos, especialmente los de los países no afectados por el progresivo proceso de secularización de la cultura occidental, afrontan estos importantes e inevitables acontecimientos de la vida y adoptan decisiones sobre los mismos. En todas ellas, salvo alguna rara excepción, se encuentra un rotundo rechazo a la eutanasia y al suicidio asistido.

Así, para la doctrina católica la vida humana es un don de Dios, el cual es su dueño, y tiene un carácter sagrado⁸⁵. De este carácter sagrado se deriva su inviolabilidad. Por ello, el hombre tiene la obligación de respetar su propia vida y la de los demás⁸⁶.

84 Un examen sintético de estas teorías puede verse en POOL DERQUI, D., “La despenalización de la eutanasia en España: 9 razones y 9 respuestas”, Sánchez Sáez, A. J. (coordinador), *Dignidad y vida humana: eutanasia, gestión subrogada y transhumanismo*, cit., pp. 30 y ss.

85 Cfr. Catecismo de la Iglesia Católica, publicado el 11 de octubre de 1992, n. 2280; *Encíclica Humanae Vitae*, de Juan Pablo II, de 25 de marzo de 1995, n. 39 y 40.

86 Cfr. *Declaración Iura et Bona*, de la Congregación para la Doctrina de la Fe, de 5 de mayo de 1980, n. 9; *Encíclica Humanae Vitae*, cit., n. 40.

En virtud de estas premisas, la Iglesia Católica define⁸⁷ y condena la eutanasia, tanto activa como pasiva, considerándola moralmente inaceptable⁸⁸. Asimismo, rechaza el suicidio asistido por entender que es contrario a la ley moral⁸⁹.

Además de estas afirmaciones generales, la doctrina católica contiene una serie de precisiones sobre esta materia.

Así esta doctrina, considera ilícito el recurso a la distanasia. En este punto, distingue entre los denominados medios terapéuticos proporcionados y desproporcionados. Para diferenciar unos de otros, es preciso comparar “el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”⁹⁰.

En relación con los cuidados paliativos, la doctrina católica manifiesta que estos cuidados están “destinados a hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado”⁹¹.

La Iglesia Católica acepta el uso de analgésicos que alivian el dolor del enfermo terminal aunque puedan suponer, como efecto no deseado, un acortamiento de su vida. La razón es que en este caso no se busca directamente la muerte, sino simplemente mitigar el dolor del enfermo⁹². Sin embargo, no es lícito privar a enfermos terminales de la consciencia sin grave motivo. Ello es debido a que estos “deben estar en condiciones de poder cumplir

sus obligaciones morales y familiares y, sobre todo, deben poderse preparar con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios”⁹³.

Asimismo, la doctrina Católica considera lícita la renuncia al encarnizamiento terapéutico. El paciente terminal puede, por tanto, “renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares”⁹⁴. Esta renuncia no es suicidio ni eutanasia, sino que expresa la aceptación de la condición humana ante la muerte⁹⁵.

Al examinar el protestantismo, doctrina religiosa que comparten una extensa pluralidad de grupos⁹⁶, es preciso tener en cuenta que la amplísima libertad de pensamiento que la caracteriza comporta, a diferencia de la Iglesia Católica, la imposibilidad de identificar una doctrina como la “posición oficial protestante”⁹⁷. No obstante esta dificultad, existe una cierta coincidencia doctrinal entre las diversas iglesias protestantes sobre las cuestiones referentes al final de la vida.

La Conferencia de Lambeth, de 1998, define la eutanasia como “el acto mediante el cual una persona intencionalmente causa o ayuda a causar la muerte de otra, que está en una situación terminal o gravemente enferma, con el fin de acabar con su dolor y sufrimiento”⁹⁸.

Partiendo de la premisa de que la vida es un don de Dios, la mayoría de las iglesias protestantes considera que la eutanasia activa no es compatible con la fe cristiana⁹⁹ porque toda persona tiene derecho a un cuidado integral hasta el momento de su muerte¹⁰⁰. Incluso, algunas de ellas opinan que este tipo

87 Cfr. la nota 3 de este trabajo; Catecismo de la Iglesia Católica, cit., n. 2277.

88 Cfr. Catecismo de la Iglesia Católica, cit., n. 2277; Declaración Iura et Bona, cit., n. 15; Encíclica Humanae Vitae, cit., n. 65. Sobre este punto, y en general sobre la eutanasia, cfr. el documento del Comité para la Defensa de la Vida, de la Conferencia Episcopal Española titulado: “La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos”, de octubre de 1993 en www.conferenciaepiscopal.es.

89 Cfr. Catecismo de la Iglesia Católica, cit., n. 2282; Encíclica Humanae Vitae, cit., n. 66.

90 Cfr. Declaración Iura et Bona, cit., n. 27.

91 Encíclica Humanae Vitae, cit., n. 65. La Subcomisión Episcopal para la Familia y Defensa de la Vida, en su documento *Sembradores de Esperanza*, de 1 de noviembre de 2019, n.º 16, señala que la medicina paliativa “supone un cambio de mentalidad ante el paciente en situación terminal. A saber que, cuando ya no se puede curar, aún debemos cuidar y siempre aliviar”.

92 Cfr. Declaración Iura et Bona, cit., n. 20 y 21; Encíclica Humanae Vitae, cit., n. 65; Carta de los Agentes Sanitarios del Consejo Pontificio de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, de octubre de 1994, n.120.

93 Encíclica Humanae Vitae, cit., n. 65.

94 Encíclica Humanae Vitae, cit., n. 65. *Sembradores de Esperanza*, cit., n.31.

95 Encíclica Humanae Vitae, cit., n. 65.

96 Según VANDERPOOL, H.Y., “Principali problemi sanitari nel protestantesimo”, en *Bioetica e grandi religioni*, a cura di S. Spinsanti, Milano, 1987, p. 97, el Protestantismo está integrado por más de trescientos grupos religiosos.

97 Como señala JOHNSON, J. T., “Storia dell’etica medica protestante”, *Bioetica e grandi religioni*, cit., pp. 71-72.

98 Conferencia de Lambeth de la Comunión Anglicana, de 1998, Resolución I, 14, b).

99 La Conferencia de Iglesias Europeas realizó, en 2004, una encuesta sobre la eutanasia entre diversas iglesias cristianas. Todas ellas se mostraron en contra de la eutanasia activa y asimismo, estuvieron de acuerdo en que suprimir el sufrimiento matando a seres humanos es un grave pecado; sobre este punto, cfr. CAPO, E., “¿Qué piensan los protestantes sobre la eutanasia?”, en www.labibliaweb.com/articulo/52/1031.

100 Como se señala en el *Comunicado final de las II Jornadas de Bioética*, Madrid, diciembre de 2000,

de eutanasia debería estar prohibido por la legislación civil¹⁰¹.

No obstante, algún teólogo¹⁰² y ciertas iglesias¹⁰³ admiten la eutanasia directa en casos excepcionales, como son aquellos estados terminales en los que el dolor y el sufrimiento resultan difícilmente soportables¹⁰⁴.

Al contrario de lo que sucede con la eutanasia activa, las iglesias protestantes aceptan abiertamente la denominada pasiva. Este tipo de eutanasia debe entenderse como la no iniciación o suspensión del tratamiento médico cuando éste ya no sirve para curar, sino para prolongar la vida del enfermo¹⁰⁵. Asimismo, admiten el empleo de medicamentos para mitigar el dolor en pacientes terminales aunque comporten indirectamente, sin ser este el propósito de su utilización, la aceleración de la muerte del paciente¹⁰⁶.

Como alternativa a la eutanasia activa, la doctrina protestante propugna intensificar la asistencia psicológica y espiritual a los moribundos¹⁰⁷, así como potenciar las unidades de cuidados paliativos que deben su origen en sentido moderno a la iniciativa de los protestantes¹⁰⁸.

Los protestantes rechazan el encarnizamiento terapéutico¹⁰⁹, el cual hace sufrir inútilmente al enfermo y frecuentemente se debe a “presiones sociales, sentimientos de culpabilidad de los familiares

y actuación médica movida por la autoprotección legal y la rutina”¹¹⁰.

Igualmente, algunas iglesias protestantes se oponen al suicidio asistido¹¹¹.

En cuanto a la nutrición e hidratación artificiales, cuando a juicio del médico éstas no sean ya efectivas, el paciente o su representante pueden considerarlas como un tratamiento excesivamente oneroso. En estas circunstancias es lícito retirarlas o suspenderlas y dejar que la muerte acontezca¹¹².

Para la religión judía Dios es el dueño de todo, incluidos nuestros cuerpos¹¹³. Por ello, los judíos tienen el deber de preservar sus vidas y de adoptar las medidas necesarias para salvar las de los demás¹¹⁴. El respeto a la vida es tan esencial en la religión judía que, ante la posibilidad de prolongar una vida aunque sea unos instantes, debe posponerse el cumplimiento de cualquier deber religioso¹¹⁵.

La eutanasia activa está prohibida por la religión judía y se considera un asesinato, aunque el enfermo solicite expresamente su muerte¹¹⁶. Asimismo, está prohibido el suicidio asistido¹¹⁷.

Por el contrario, la eutanasia pasiva está permitida en algunas circunstancias¹¹⁸. Especiales problemas plantea, respecto de este supuesto de eutanasia, la supresión de la alimentación y la hidratación a los enfermos terminales y a aquellos que se encuentran en un estado vegetativo persistente.

www.protestantedigital.com/new/nowleerdocumento, apartado VI, 1.

101 Tal es el caso de la Iglesia Anglicana, cfr. *Conferencia de Lambeth de la Comunión Anglicana*, cit., Resolución I, 14, c).

102 Tal es el caso del teólogo protestante JOSEPH FLETCHER, el cual acepta la eutanasia directa, voluntaria o involuntaria; sobre este punto, cfr. VANDERPOOL, H. Y., “Principali problemi sanitari nel protestantesimo”, cit., p. 86.

103 Como son la Iglesia Valdense y la Iglesia Metodista de Italia; cfr. CAPO, E., “¿Qué piensan los protestantes sobre la eutanasia?”, cit.

104 La *Conferencia de las Iglesias Europeas*, en su documento de 2004, cit., admitió que el creyente, bajo su responsabilidad, puede pedir que se le practique la eutanasia.

105 La *Conferencia de Lambeth de la Comunión Anglicana*, cit., en su Resolución I, 14, d) distingue entre la eutanasia y “la detención, la retirada, la disminución y la finalización del tratamiento [...], las cuales están conformes con la fe cristiana al permitir a una persona morir con dignidad”.

106 Cfr. el *Comunicado final de las II Jornadas de Bioética*, cit., apartado VI, 2; cfr. TARQUIS ALFONSO, P., “Bases teológicas de la ética protestante”, en J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Madrid, 2000, p. 63.

107 Cfr. el *Comunicado final de las II Jornadas de Bioética*, cit., apartado VI, 4; cfr. P. Tarquis Alfonso, “Bases teológicas de la ética protestante”, cit., p. 64.

108 Cfr. el *Comunicado final de las II Jornadas de Bioética*, cit., apartado VI, 4.

109 Cfr. el *Comunicado final de las II Jornadas de Bioética*, cit., apartado VI, 1.

110 Cfr. el *Comunicado final de las II Jornadas de Bioética*, cit., apartado VI, 1.

111 Entre otras, la Iglesia Anglicana, la Iglesia Metodista Unida, y el Ejército de Salvación, cfr. *Christian attitudes to euthanasia (Part. 2): Church of England and other Christian views*, en www.thatreligiousstudieswebsite.com.

112 Evangelical Lutheran Church in America, “End-of-Life Decisions”, en www.elca.org/Faith/Social-Messages/End-of-Life-Decisions, p.3.

113 Sobre este punto, cfr. DORFF, E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, Philadelphia, 2003, p. 15.

114 Cfr. DORFF, *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, cit., p. 16.

115 Como señala GARZÓN SERFATY, B. A., “Judaísmo y bioética”, en J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, cit., p. 120.

116 GARZÓN SERFATY, “Judaísmo y bioética”, cit., p. 123.

117 DORFF, E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, cit., p. 183.

118 Como señala DORFF, E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, cit., p. 198.

En el caso de los enfermos terminales, que no pueden ingerir alimentación e hidratación por vía bucal, se discute si pueden rechazar recibirla por vía intravenosa o parenteral. La mayoría de la doctrina rabínica responde a esta cuestión negativamente. Para fundamentar esta opinión, distinguen entre la medicación –la cual es una sustancia inusual introducida en el cuerpo del paciente y que por ello puede ser retirada si no hay posibilidad de que funcione– y la alimentación y la hidratación, que son necesarias para todos y que por ello deben mantenerse¹¹⁹.

En el supuesto de los enfermos en estado vegetativo persistente, la práctica habitual es que deben ser alimentados e hidratados artificialmente durante algún tiempo. Ello es así para prevenirse contra la posibilidad de que hayan sido mal diagnosticados y se encuentren, por tanto, en una situación de coma reversible¹²⁰.

Respecto de la distanancia, la ley judía parte de la base de que el médico tiene la obligación de hacer todo lo posible para salvar la vida del enfermo¹²¹. Sin embargo, existe acuerdo doctrinal respecto de que no es necesario el recurso a medidas heroicas para mantener la vida. Solamente deben emplearse los tratamientos terapéuticos que puedan conseguirse ordinariamente en el lugar y circunstancias en las que se encuentre el enfermo¹²². Por tanto, si el paciente es un enfermo terminal, deben abandonarse los tratamientos terapéuticos agresivos y concentrar los esfuerzos en procurar el alivio del dolor¹²³.

Finalmente, es preciso señalar que para la ley judía el recurso al empleo de analgésicos, aunque puedan acortar la vida del enfermo, está permitido. Con la salvedad de que la dosis resulte inadecuada para causar la muerte y de que la intención del médico no sea la de matar al enfermo, sino la de aliviar su sufrimiento y dolores¹²⁴.

También el Islam, como el resto de las religiones que hemos examinado, considera la vida humana

sagrada por ser un don de Dios. Por esta razón, ha de ser protegida y respetada. Cualquier agresión contra la vida es considerada como el mayor de los crímenes, después del de no creer en Dios¹²⁵.

Una consecuencia del carácter sagrado de la vida es la prohibición de la eutanasia activa directa y del suicidio asistido aunque se lleven a cabo a petición del enfermo. Este tipo de acciones es considerado como un homicidio¹²⁶.

Sin embargo, la eutanasia pasiva está permitida cuando existe la certeza de que la no iniciación del tratamiento o su suspensión no darán resultado¹²⁷. En relación con este supuesto de eutanasia, un sector importante de la doctrina islámica opina que es acorde con la ley la retirada de los medios de soporte vital a los enfermos que se encuentran en un estado vegetativo persistente, porque estos medios se consideran medidas temporales¹²⁸. No obstante, en estos casos debe mantenerse la alimentación y la hidratación artificiales¹²⁹.

Asimismo, resulta factible el empleo de analgésicos para aliviar los dolores y sufrimientos del enfermo terminal. Sin embargo, está prohibido el uso de esta clase de medicamentos para acelerar la muerte del paciente¹³⁰.

La ley islámica se opone a la distanancia, entre otras razones, porque sólo a Dios le corresponde decidir el momento en que cada persona debe morir¹³¹. Por lo tanto, resulta inútil alargar la agonía del enfermo cuando su muerte es segura y los tratamientos médicos son ineficaces¹³². En relación con este punto, el Código Islámico de Ética Médica manifiesta: “Es fútil conservar diligentemente al paciente en un estado vegetativo por medios heroicos [...]”.

125 En este sentido TATARY BAKRY, R., “Islam, bioética y final de la vida”, en J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, cit., p.82.

126 Cfr., ATIGHETCHI, D., *Islam e bioetica*, Roma, 2009, p.246 y 258.

127 TATARY BAKRY, R., “Islam, bioética y final de la vida”, cit., p.84.

128 Cfr. *Euthanasia, assisted dying, suicide and medical ethics*, www.bbc.co.uk/religion/religious/islam/islametieth/euthanasia.

129 Sobre este punto, cfr. ATIGHETCHI, D., *Islam e bioetica*, cit., p. 231 y LADEVÈZE PIÑOL, L. P., *Bioética e Islam. Una aproximación a la bioética islámica contemporánea*, Madrid, 2019, p. 72.

130 Sobre este punto, cfr. *Euthanasia, assisted dying, suicide and medical ethics*, cit., p. 2.

131 Corán, 16:61.

132 Sobre este punto, cfr. ATIGHETCHI, D., *Islam e bioetica*, cit., p. 231.

119 Como señala DORFF, E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, cit., p. 209-210.

120 Sobre este punto, cfr. DORFF, E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, cit., p. 216.

121 *Euthanasia and suicide*, en www.bbc.co.uk/religion/religious/Judaism/jewishethics.

122 Cfr. DORFF, E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, cit. p. 201.

123 Como pone de relieve DORFF, E. N., *Matters of Life and Death. A Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, cit., p. 204.

124 *Euthanasia and suicide*, cit.

El médico está llamado a mantener el proceso de la vida y no el de la muerte”¹³³.

Como acabamos de exponer las confesiones religiosas coinciden, casi plenamente, en negar la eutanasia y el suicidio asistido.

La crítica que cabe hacer a estos rechazos de la eutanasia y el suicidio asistido, desde un punto de vista filosófico, es que una ética que aspire a ser universal no puede fundamentarse en instancias religiosas en una sociedad como es la occidental de hoy en día, la cual se caracteriza por ser laica, pluralista y por ello multiética, y porque los valores en los que se basa y las obligaciones de los individuos se definen consensuadamente a través de procedimientos democráticos.

Además, desde una perspectiva jurídica, esta clase de fundamentación significaría la identificación de los valores propios del Estado con los de una religión en contra de la laicidad, la cual es uno de los principios constitutivos de la identidad estatal. Por último, comportaría la exclusión de los miembros de otras religiones y de los no creyentes en contra del pluralismo, que es consustancial a la democracia¹³⁴.

5.2 La dignidad de la persona

Uno de los criterios más frecuentemente utilizados, tanto para defender la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido como para rechazarla, es el de la dignidad de la persona.

La referencia a la dignidad de la persona se encuentra en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. Entre ellos, figura el Convenio sobre Derechos Humanos y la Biomedicina¹³⁵, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos¹³⁶, la Carta de los Derechos Fundamentales

133 *Euthanasia, assisted dying, suicide and medical ethics*, cit.

134 Cfr. MARTÍN SÁNCHEZ, I., “Bioética y religión”, I. Martín Sánchez (Coord.), *Bioética, religión y salud*, Madrid, 2005, p. 21.

135 Este Convenio, aprobado en Oviedo el 4 de abril de 1977, dispone en su art.1: “Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

En su art. 2. Establece: “El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia”.

136 Aprobada el 19 de octubre de 2005. Su art.3 establece: “1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.

de la Unión Europea¹³⁷ y, de una manera más específica, la Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los Estados miembros sobre la organización de cuidados paliativos¹³⁸. Asimismo, es preciso tener en cuenta el artículo 10.1 de la Constitución española en el que se declara “la dignidad de la persona como uno de los fundamentos del orden político y de la paz social”.

La dignidad, en cuanto fundamento para afirmar la licitud de la eutanasia, es entendida como el derecho de la persona a elegir el momento, lugar y modo de la propia muerte. Este derecho implica el respeto a la voluntad humana, incluida la de morir, cuando es imposible hacer nada para devolver a su vida la calidad a la que toda persona tiene derecho¹³⁹.

Desde esta posición ideológica, despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido sería una forma de reconocer jurídicamente la dignidad de la persona vinculada a su autonomía en cuanto que estas acciones se considera que forman parte del contenido del libre desarrollo de la personalidad garantizado en el artículo 10.1 de nuestra Constitución. Por otra parte, esta postura sostiene que la dignidad de los pacientes que solicitan estas actuaciones médicas exige un apoyo público mediante el cual puedan ser factibles en la realidad.

En resumen, como ha sido señalado “puesto que existen diferentes concepciones de la dignidad, la despenalización de la eutanasia [y del suicidio asistido] es la manera de dar paso a todas las opciones (sin obligar a nadie) y reconocer que todo el mundo tiene derecho a llevar a cabo las decisiones más íntimas y personales relacionadas con su noción de dignidad y de autonomía personal”¹⁴⁰.

En contra de esta conceptualización de la dignidad de la persona se encuentran las posiciones doctrinales que la interpretan como fundamento del rechazo de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido.

137 Aprobada el 12 de diciembre de 2007. Su art.1 dispone: “La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida”.

138 En los Principios Guía del Apéndice de esta Recomendación se afirma: “La política de cuidados paliativos debe basarse en los valores propuestos por el Consejo de Europa: derechos humanos y derechos de los pacientes, dignidad humana, cohesión social, democracia, equidad, solidaridad, igualdad de oportunidades para ambos sexos, participación y libertad de elección”.

139 Sobre este punto, cfr. MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., p. 240.

140 Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, cit., p. 102.

Para estas posiciones, que compartimos, la dignidad inherente a todo ser humano le confiere el derecho irrenunciable a la vida. El Estado tiene un deber inexcusable de protegerla, incluso cuando la persona no pueda valorarla¹⁴¹. La dignidad se tiene durante toda la vida hasta el momento de la muerte, prescindiendo de la situación de incapacidad o de sufrimiento insoportable de la persona¹⁴².

Las carencias físicas y psíquicas experimentadas por el enfermo terminal suponen para algunos autores la imposibilidad de hablar, en estas circunstancias, de una vida digna y considerar que el recurso a la eutanasia o al suicidio asistido es el único medio adecuado para poner fin a esta pretendida indignidad.

Sin embargo, en contra de este criterio, es preciso afirmar que también subsiste la dignidad en el morir, sin necesidad de aplicar la eutanasia. No cabe razonablemente sostener que el discapacitado, el enfermo o el moribundo carecen de dignidad, pues ésta es independiente de las características del ser humano y se tiene por el hecho de ser persona¹⁴³.

Como señala la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, de 25 de junio de 1999, el respeto y protección de estas personas “encuentran su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad”.

Por otra parte, la falta de dignidad del enfermo terminal suele asociarse a diversos temores que experimenta el paciente. Fundamentalmente, estos son: la falta de control sobre sí mismo, el miedo a la dependencia y el temor a ser una carga para los demás. Ninguno de ellos, ni todos en conjunto, nos parecen concluyentes para apoyar la fundamentación favorable a la eutanasia.

El temor a la falta de control sobre sí mismo es algo usual en los enfermos terminales. Esta pérdida de autonomía, debida a la falta de memoria, a la disminución de la movilidad corporal, al estado vegetativo, a la depresión y a otras causas no hace la vida indigna sino que -en último término- constituye una

llamada solicitando la ayuda de los demás. Ayuda que dignifica a las personas que la prestan al paciente y le apoyan en el mantenimiento de su dignidad.

Una de las causas más frecuentes de la solicitud de la eutanasia y el suicidio asistido es el miedo del paciente a depender de los demás. Ciertamente, como ha sido puesto de relieve, “muchas personas al final de la vida están muy necesitadas, son muy vulnerables, son tan vulnerables que no pueden ocultar sus necesidades y son un desafío para todos pues nos recuerdan los límites de nuestro poder tecnológico-médico, de nuestra capacidad de controlar nuestras vidas-existencias, de nuestra autonomía¹⁴⁴”. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la dependencia es algo usual en la vida. Todos dependemos de los demás. Por tanto, no es una razón suficientemente concluyente para acabar con la vida mediante la eutanasia.

Asimismo, con frecuencia el enfermo terminal experimenta el temor de ser una carga emocional y económica para sus familiares, y esta sensación le hace desear poner fin a su vida. Este temor aumenta al observar la actitud de cansancio y desgana con que le tratan las personas próximas a él. Por ello, en el final de la vida tiene importancia especial el papel desempeñado por el personal sanitario profesional experto en cuidados.

Para finalizar, no cabe sostener que la eutanasia y el suicidio asistido están garantizados por el libre desarrollo de la personalidad mencionado en el citado artículo 10.1 de la Constitución. La razón es que si, así fuese, se estaría utilizando este precepto para vulnerar los derechos fundamentales en vez de para protegerlos. Además, dado que la eutanasia y el suicidio asistido se dirigen a causar un mal (la muerte del paciente), estas conductas se han considerado tradicionalmente contrarias a las exigencias éticas derivadas de la dignidad humana y a las obligaciones deontológicas de los médicos. Igualmente, estas actuaciones para la ética crítica de raíz kantiana han sido juzgadas indignas. Por ello, como señala MARTÍNEZ PORTUGUÉS, no cabe entender la eutanasia y el suicidio asistido como manifestaciones del libre desarrollo de la persona al que se refiere el artículo 10.1 de nuestra Constitución sino, en todo caso, como una libertad fáctica de actuación¹⁴⁵.

En resumen, puede decirse que la eutanasia y el suicidio asistido no son la solución para poner

141 Cfr. en este sentido AA.VV., *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*, Madrid, 2008, p. 19.

142 Como señala DE LA TORRE DÍAZ, J., “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos para pensar”, *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*, cit., p. 42.

143 Cfr. sobre este punto DE LA TORRE DÍAZ, “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos para pensar”, cit., pp. 41-42.

144 DE LA TORRE GARCÍA, “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos para pensar”, cit., p. 44.

145 Como señala RODRÍGUEZ PORTUGUÉS, M., “Eutanasia y libre determinación de la personalidad”, Sánchez Sáez (coord.), *Dignidad y vida humana: eutanasia...*, cit., pp. 251-252.

remedio a una vida que se considera indigna. No hay vidas indignas, aunque uno mismo considere la suya como tal, sino solo personas a las cuales es preciso ayudar en el tránsito final de sus vidas, aliviando sus sufrimientos y temores. Para ello, es esencial el recurso a unos cuidados paliativos integrales de calidad como analizaremos al final de este trabajo.

5.3 El derecho a la vida

Otro de los criterios utilizados para la fundamentación de la eutanasia y el suicidio asistido o, por el contrario, para rechazarlos es el referente a la interpretación del derecho a la vida.

Para las teorías que, de acuerdo con este criterio, defienden la eutanasia es preciso distinguir entre vida y calidad de vida. Cuando el enfermo no puede tener un mínimo de calidad de vida, estaría justificada la eutanasia.

Entre los autores que sostienen esta posición doctrinal, destaca especialmente el australiano Peter SINGER¹⁴⁶. La teoría de este autor está fundada en el utilitarismo basado en el principio de la igual consideración de intereses. Los sujetos capaces de tener intereses son todos aquellos que pueden experimentar placer o dolor, sean humanos o animales. Por tanto la característica más relevante moral y jurídicamente es la sensibilidad¹⁴⁷.

Partiendo de estas premisas, SINGER precisa lo que debe entenderse por “vida humana” y “ser humano”. La expresión “ser humano” presenta dos significados distintos. Uno de ellos, entendido desde el punto de vista meramente biológico, es el de un ser vivo perteneciente genéticamente a la especie “Homo sapiens”. En una segunda acepción, el “ser humano” es el ser vivo dotado de determinadas cualidades, que son “indicadores de humanidad”, especialmente la autoconciencia y la racionalidad. Para diferenciar estos dos supuestos, SINGER designa al primero “miembro de la especie Homo sapiens”, mientras que para calificar al segundo emplea el término “persona”. Solo en el segundo supuesto, puede hablarse de vida humana en sentido pleno.

De acuerdo con este criterio, aquellas personas que carezcan de racionalidad y autoconciencia -recién nacidos, enfermos mentales, enfermos terminales que han perdido la consciencia, entre otros- no

pueden ser incluidos en la categoría de vida humana en sentido pleno¹⁴⁸.

Por tanto, en el caso de estas personas, que no pueden elegir entre la vida y la muerte, la eutanasia no voluntaria sería moralmente lícita porque ya no nos encontramos ante vidas humanas. En concreto, en el supuesto de recién nacidos con unas enfermedades o discapacidades que comportan una expectativa de vida sin una mínima calidad, si sus padres consienten, lo mejor sería ayudarles a morir para evitarles una existencia penosa y con sufrimientos¹⁴⁹. Estaríamos en este caso, según nuestro criterio, ante teorías eugenésicas.

En contra de las teorías de SINGER se ha señalado que la sensibilidad, es decir, la posibilidad de sentir placer o dolor, felicidad o infelicidad, es muy difícil de calcular en los demás pues no existe una medida universal para ello, ya que cada persona puede experimentarlos de manera muy distinta. La sensación de placer o dolor no es algo que exista por sí misma sino que son experiencias de la persona humana. En concreto, respecto del dolor alguna Asociación profesional médica, como es el Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda, ha manifestado que el dolor es una experiencia personal y que existe una gran variedad en las respuestas de las personas a diferentes situaciones dolorosas. Por ello, ha declarado que el paciente tiene el derecho a ser creído respecto de su dolor. Dicho llanamente, si un paciente manifiesta que le duele mucho es que verdaderamente le duele mucho¹⁵⁰. Por tanto, es la existencia de la persona la que hace posible el ejercicio de determinadas funciones y no estas las que hacen factible el existir del ser humano¹⁵¹.

Además, para los defensores de la ilicitud de la eutanasia, la vida ontológicamente es el primero y fundamental de los derechos humanos, los cuales no pueden existir sin él. Por ello, este derecho debe prevalecer siempre sobre cualquier otro con el que entre en conflicto¹⁵².

148 Sobre la teoría de SINGER, cfr. MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., pp. 83 y ss.; FERRER, J. J., ÁLVAREZ, J. C., *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, cit., pp. 293 y ss.

149 Cfr. SINGER, *Ética Practica*, Cambridge University Press, 1995, p. 228.

150 BRENNAN, F., COUSINS, M. J., “El alivio del dolor como un derecho humano”, cit., p. 43.

151 Sobre este punto, cfr. PALAZZANI, L., *Il concetto di persona tra bioética e diritto*, Torino, 1996, pp. 121 y ss.

152 Cfr. PECES-BARBA, G., *Curso sobre Derechos fundamentales I. Teoría General*, Madrid, 1991, p. 254; DE LA TORRE DÍAZ, “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos para pensar”, cit., p. 44.

146 Entre sus numerosas publicaciones, su pensamiento se encuentra expuesto, sobre todo, en su obra *Practical Ethics*, Cambridge University Press, 1998.

147 Sobre este punto, cfr. MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., pp. 83-84.

Por otra parte, los autores defensores de la supremacía del derecho a la vida ponen de relieve que el mismo goza de las características de la inalienabilidad y la irrenunciabilidad. La inalienabilidad comporta que el titular del derecho a la vida no pueda disponer del mismo jurídicamente, ni destruir el bien que es objeto de este derecho¹⁵³. La irrenunciabilidad supone que el titular no puede disponer de su vida y, más aún, que un tercero pueda acabar con esa vida con el consentimiento de su titular¹⁵⁴.

Como complemento de estos argumentos, se han señalado, algunas consecuencias indeseables que comportaría la legalización de la eutanasia.

Una de ellas es la denominada “pendiente resbaladiza” (*slippery slope*), que ya mencionamos. Este concepto implica que, una vez legalizada la eutanasia, se puede producir un deslizamiento a actos no contemplados en la Ley. Así, el supuesto de la aplicación de la eutanasia solo a los enfermos terminales, se ha ampliado a los discapacitados crónicos graves y finalmente a los recién nacidos con severas deficiencias, como ha sucedido en Holanda¹⁵⁵. El único modo eficaz de impedir abusos es no permitir la eutanasia.

Otras consecuencias negativas señaladas, en el caso de la legalización de la eutanasia, son aquellas que supondrían una incidencia sobre sectores especialmente vulnerables de la sociedad.

Tal sería el caso de los ancianos y enfermos en situaciones de deterioro, los cuales podrían solicitar la eutanasia o el suicidio asistido por considerarse una carga familiar. Asimismo, la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido puede comportar la presión al enfermo terminal, ejercitada por sus familiares u otras personas, para que ponga fin a su vida cuando tengan intereses económicos o de otra naturaleza en esa muerte. Tampoco hay que olvidar la pérdida de confianza que la gente puede experimentar hacia la profesión sanitaria por el hecho de que algunos profesionales de la medicina lleven a cabo las prácticas de la eutanasia o intervengan en el suicidio asistido¹⁵⁶.

153 MARTINEZ-PUJALTE, A., “Los derechos como derechos inalienables”, J. Ballesteros (ed.), *Derechos Humanos*, Madrid, 1992, pp. 87-88.

154 Cfr. LUZÓN PEÑA, D., “Estado de necesidad e intervención médica (o funcional o de terceros) en caso de huelga de hambre, intentos de suicidio y de autolesión: algunas tesis”, *La Ley*, 1988, pp. 992 y ss.

155 Sobre este punto DE LA TORRE DÍAZ, “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos para pensar”, cit., p. 18.

156 Sobre estos supuestos AA.VV., *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*, cit., pp. 11 y 12. y DE LA TORRE DÍAZ, “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos

Los autores contrarios a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido alegan, a nuestro juicio justificadamente, que es preciso tener en cuenta, además, la garantía del derecho a la vida contenida en los instrumentos internacionales de derechos humanos¹⁵⁷. Asimismo, estas teorías señalan que de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos se desprende claramente que el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos no garantiza un derecho a morir ni, por tanto, un derecho a invocar la ayuda de un tercero para acabar con la propia vida¹⁵⁸. Igualmente estas teorías manifiestan que nuestra Constitución garantiza el derecho a la vida y a la integridad física y moral en su artículo 15. Por su parte, el Tribunal Constitucional ha seguido el criterio de considerar el derecho a la vida como “el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible” (STC 53/1985, de 11 de abril, FJ 3, sobre el aborto). Además por ser “soporte existencial de cualesquiera otros derechos y primero, por ello, en el catálogo de los fundamentales tiene un carácter absoluto y está entre aquellos que no pueden verse limitados por pronunciamiento judicial alguno ni por ninguna pena” (STC 48/1996, de 25 de marzo de 1996, FJ 2, sobre la vulneración del derecho a la vida y la integridad física). Junto a estas características, el Tribunal Constitucional ha afirmado que el derecho fundamental a la vida no puede incluir el derecho a la propia muerte (STC 120/1990, de 27 de junio, FJ 7, sobre la asistencia médica forzosa a los reclusos en huelga de hambre reivindicatoria).

Estas teorías contrarias a la eutanasia, que sustancialmente compartimos, han sido objeto de diversas críticas.

Entre ellas, figura la que considera el derecho a la vida como una libertad positiva. Ello implica que el Estado y los terceros están obligados a realizar las acciones necesarias para que las personas puedan seguir viviendo, pero no pueden obligarlas a vivir¹⁵⁹.

En nuestra opinión, la consideración del derecho a la vida como una libertad positiva, además de

para pensar”, cit., pp. 19 y ss.

157 Cfr. Art. 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948; art. 2 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950; art. 6.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 19 de noviembre de 1966; art. 4.1 del Pacto de San José de Costa Rica, de 22 de 1969; art. 2 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 12 de diciembre de 2007.

158 Cfr. la sentencia de 29 de abril de 2002 sobre el caso Pretty contra el Reino Unido ya citada.

159 En este sentido JUANATEY DORADO, C., *Derecho, suicidio, eutanasia*, Madrid, 1994, pp. 370 y ss.

ir en contra de la interpretación literal del artículo 15 de la Constitución, no añade nada al hecho fáctico de poder elegir la propia muerte, en cuanto *agere licere*. Por otro lado, entender el derecho a la vida como una libertad positiva no conlleva poder solicitar la ayuda del Estado o de terceros para acabar con la propia existencia¹⁶⁰.

Desde otro punto de vista, partiendo de la base de la inexistencia de derechos absolutos y admitiendo que, en principio, la norma debe proteger la vida por encima de la libertad individual porque aquella es condición indispensable de esta, se ha afirmado que en ciertos casos no estamos en presencia de una vida “humana” en sentido específico y, por tanto, ahí sí podría aceptarse una disposición de la misma. Concretamente, esta afirmación se refiere a los supuestos médicos en los cuales solo existe una prolongación artificial de una vida que no puede calificarse de humana sino únicamente de artificial. En estas circunstancias, se considera que no habría ninguna objeción, siempre que el enfermo no manifestase una voluntad contraria, para dejar de administrarle unas terapias cuyo único efecto sería prolongar más su sufrimiento, pero sin el resultado de una mejora en su calidad de vida¹⁶¹.

A nuestro juicio, una afirmación de este tipo requiere algunas matizaciones. En primer lugar, no es aceptable hablar de vidas “humanas” en sentido específico, ni de vidas “artificiales”. Todas las vidas son humanas mientras su titular viva y conservan igual dignidad, aunque se encuentren deterioradas por la enfermedad, hasta el momento de la muerte. Por ello, no puede haber una disponibilidad de las mismas por un tercero, en el sentido de que este pueda acabar con ellas.

Una cuestión distinta es, en segundo término, la posibilidad de suspender los tratamientos que, sin tener ninguna eficacia curativa, solo sirven para prolongar la vida del enfermo terminal. Sin embargo, esta posibilidad no tiene la finalidad de disponer de la vida de este paciente sino la de evitar el encarnizamiento terapéutico, prohibido por los Códigos Deontológicos, y los tratamientos fútiles, dejando que la vida siga su curso natural hasta el final de la existencia¹⁶².

160 En este sentido SÁNCHEZ SÁEZ, A. J., “Eutanasia: interés general y servicio público”, Sánchez Sáez (coord.), *Dignidad y vida humana: eutanasia...*, cit. pp. 21 y ss.

161 Como afirma MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., pp. 163-164.

162 El Código de Ética y Deontología Médica del Colegio de Médicos, de 2011, en su art. 27.2 dispone:

“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente

En resumen, debe mantenerse la doctrina del Tribunal Constitucional, que mencionamos, según la cual el derecho a la vida no puede incluir el derecho a la propia muerte y que, por ello, no cabe solicitar la ayuda de los poderes públicos y de terceros para poner fin a la propia existencia.

5.4 La autonomía personal

Finalmente, uno de los argumentos más utilizados para defender la legalización, o la prohibición, de la eutanasia y el suicidio asistido es el de la autonomía de la persona.

Las teorías que defienden que la licitud de la eutanasia se fundamenta en la autonomía personal consideran que la libertad individual es el valor supremo y, por tanto, por encima de la vida. La elección de la propia muerte por el enfermo terminal es una cuestión de su exclusiva competencia, que debe ser respetada por el Estado¹⁶³.

Además, de la igualdad en la autonomía y dignidad de las personas se desprende que cualquiera de ellas, libre y capaz, puede hacer con su vida lo que considere más conveniente, mientras no perjudique a los demás. Los poderes públicos no pueden, por tanto, prohibir las decisiones individuales sobre el tiempo y la forma de morir.

De acuerdo con este razonamiento, se sostiene que “sólo la vida libremente aceptada o deseada por su titular deberá merecer el calificativo de bien jurídico protegido. En suma: la vida aparecerá como un derecho y no como un deber”¹⁶⁴.

Por otra parte, aunque la vida es un derecho fundamental, debe respetarse el hecho de que no todos lo consideran un valor prioritario. De forma que, una cosa es proclamar y garantizar el derecho a la vida, y otra, que se quiera imponer este derecho¹⁶⁵.

a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y morir con dignidad”.

La declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, en octubre de 1983, manifiesta:

“El médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportara beneficio alguno al paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas”.

163 Sobre este punto, cfr. MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., pp. 128-183.

164 ELÍAS MONDEJA, A., *La inducción, el suicidio asistido y el homicidio...*, cit., p. 43.

165 Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, cit., p. 113.

En resumen, al tener la autonomía individual una supremacía sobre los demás valores, debe constituirse en el criterio de interpretación de los derechos fundamentales. De esto, se deduce que el derecho a la vida debe entenderse como un derecho de libre disposición por parte de su titular¹⁶⁶.

De acuerdo con este criterio, MARCOS DEL CANO afirma que “esta parece ser la única opción razonable, teniendo en cuenta que en las sociedades actuales existe un profundo pluralismo ético y que, en estas situaciones, al carecerse de la autoridad compartida de una misma instancia ética, no queda mejor justificación de las conductas individuales que la libre voluntad del sujeto”¹⁶⁷.

En el mismo sentido de considerar la primacía de la libertad personal de autodeterminación sobre el bien jurídico vida, QUERALT JIMÉNEZ considera que no existe un deber de vivir y, por ello, el Estado no debe entrometerse en un excesivo fomento de la propia vida. Para este autor “la vida sin opción libre de vivirla pierde parte de su valor y lo pierde totalmente cuando el nivel de calidad de la propia vida se sitúa muy por debajo del ordinario”¹⁶⁸.

Estas teorías han sido criticadas desde distintos puntos de vista. Críticas con las que, básicamente, coincidimos.

Así, se ha puesto de relieve que es cuestionable el hecho de que la libertad sea el valor supremo, de acuerdo con el cual deben interpretarse los derechos fundamentales. En concreto, y con referencia al ordenamiento jurídico español, es cierto que el artículo 1.1 de la Constitución declara que los valores superiores del Estado son “la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”. Ahora bien, si la libertad fuera superior jerárquicamente a la vida humana, tendríamos que llegar a la conclusión inadmisibles que también lo son la igualdad, la justicia y el pluralismo político¹⁶⁹. Además esta interpretación literal del artículo 1.1 llevaría al problema de por qué la libertad está por encima de los restantes valores superiores.

Por otro lado, se ha señalado que la autonomía es gradual y se va adquiriendo paulatinamente desde

166 Cfr. MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., p. 185.

167 MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., p. 63.

168 QUERALT, JIMÉNEZ J.J., “Algunas respuestas jurídicas ante el final de la vida”, *Marco jurídico y social de las personas mayores y de las personas con discapacidad*, Madrid, 2008, pp. 419-420.

169 Sobre este punto, cfr. MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., p. 268.

la niñez. Por ello, es difícil determinar el grado de autonomía válido para solicitar la petición de eutanasia¹⁷⁰, sobre todo teniendo en cuenta que, en muchos casos, el enfermo terminal tiene sus facultades mentales disminuidas.

En cuanto a la causa de petición de la eutanasia, algunos autores han precisado que puede ser, no tanto el deseo de morir, como la solicitud de ayuda humana, que no se ha prestado adecuadamente, así como el alivio el dolor. De hecho, son muchos los médicos que manifiestan que los enfermos cambian de actitud cuando se les prestan estas ayudas¹⁷¹.

A estas críticas se añade el riesgo de la pendiente resbaladiza (*slippery slope*), que ya mencionamos, especialmente importante en el caso de basar la eutanasia en la autonomía personal. Como se ha afirmado claramente, “una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra, basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido. Irá donde quiera”¹⁷².

Junto a todos estos argumentos, se ha insistido en que la solicitud de la eutanasia no puede considerarse un derecho personal e individual porque exige para su realización la participación de otra persona. Por tanto, tiene una dimensión social¹⁷³.

En virtud de estas consideraciones, se afirma que la autonomía personal no es una razón suficiente para legalizar la eutanasia, y que no existe un derecho a solicitar poner fin a la propia vida simplemente en nombre de la libertad¹⁷⁴.

Además, es preciso tener en cuenta que la autonomía no puede utilizarse para destruir el fundamento básico de su existencia, es decir, la propia vida. Por ello, los poderes públicos deben intervenir cuando el ejercicio de la autonomía pone en peligro el futuro de la libertad de la persona¹⁷⁵.

170 Cfr. MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., p. 64.

171 Cfr., en este sentido, MASIÁ, J., *Bioética y antropología*, Madrid, 1998, Capítulo 5; GAFO, J., *Bioética teológica*, Madrid, 2003, p. 279.

172 CALLAHAN, D., “Aid-in-dying: The Social Dimensions”, *Commonweal*, 9 de agosto de 1991, Special Supplement, p. 16.

173 CALLAHAN, D., “Aid-in-dying: The Social Dimensions”, cit., pp. 12-16.

174 DE LA TORRE DÍAZ, “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos para pensar”, cit., pp. 19 y ss.

175 Cfr. PECES-BARBA, G., *Curso sobre Derechos fundamentales I. Teoría General*, cit., p. 201.

Por otra parte, es algo lógico que la autonomía personal no puede producir daños a terceros. Dejando aparte que la muerte de una persona siempre produce daños a sus allegados más cercanos y, en último término, a la sociedad en general, debe tenerse en cuenta que la eutanasia se practica con la ayuda de un tercero. Sobre esta persona recae la responsabilidad de valorar adecuadamente la petición del paciente solicitante de la eutanasia, así como el cumplimiento de los requisitos necesarios para su práctica. La incorrecta interpretación de estas exigencias puede suponer para el profesional que lleva a cabo la eutanasia un daño que podría traducirse en una responsabilidad incluso de tipo penal.

En contra de las teorías que argumentan que la licitud de la eutanasia está basada en la autonomía de la persona es preciso señalar que el Derecho, si bien debe proteger la autonomía de la persona, también tiene que otorgar su protección al bien jurídico de que se trate. De forma que la autonomía del enfermo para solicitar la práctica de la eutanasia tiene el límite del respeto a su propia vida¹⁷⁶.

Desde otro punto de vista, se ha argumentado que las condiciones específicas en las que se encuentra el enfermo terminal impiden hablar de la existencia de una voluntad auténtica al estar afectada por el sufrimiento, la angustia y la depresión. En estos casos resulta sumamente difícil interpretar si en el enfermo existe una voluntad verdaderamente eutanásica o son estas patologías las que motivan su petición¹⁷⁷.

Para concluir, en nuestra opinión, ninguna de las teorías defensoras de la eutanasia y el suicidio asistido resulta lo suficientemente convincente. La solución, en los casos del enfermo terminal, no es poner fin a su vida sino proporcionarle los cuidados paliativos integrales para que pueda llegar al término de su existencia sin sufrimiento y con dignidad.

6. LA FUNDAMENTACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN LAS PROPOSICIONES DE LEY ORGÁNICA PRESENTADAS EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

En el epígrafe anterior hemos analizado las diferentes fundamentaciones doctrinales en favor de la

176 MARCOS DEL CANO, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, cit., p. 213.

177 Sobre este punto, cfr. SCHELLING, T.C., "La ética, el derecho y el ejercicio del autodomínio", AA.VV, *Libertad, Igualdad y Derecho*, McMurrin, IM. (ed), Barcelona, 1987, pp. 157 y ss.

eutanasia y el suicidio asistido. Algunas de ellas han sido utilizadas por las Proposiciones de Ley Orgánica presentadas en España para regular este fenómeno. En las siguientes líneas las vamos a exponer y comentar desde una perspectiva crítica.

La **Proposición de Ley Orgánica sobre la disponibilidad de la propia vida, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, el 19 de enero de 1998**, señalaba en su Exposición de motivos la relación existente entre la dignidad de la persona, afirmada en el artículo 10.1 de la Constitución, y los derechos fundamentales. Estos últimos no pueden ser entendidos de forma contradictoria con lo dispuesto en el mencionado artículo, el cual debe ser considerado el tipo rector de la interpretación constitucional de los derechos y libertades.

Partiendo de este presupuesto, la Exposición de motivos afirmaba que "una interpretación integradora de vida y libertad y, por consiguiente, una interpretación del artículo 10 a la luz del libre desarrollo de la personalidad obliga a considerar que la vida impuesta contra la voluntad de su titular no puede merecer en todo caso el calificativo de bien jurídico protegido. En otras palabras, la vida es un derecho, no un deber. Por ello, debe ser rechazada una ficticia confrontación que se pretenda resolver apelando a la prevalencia formal de una sobre la otra".

A continuación, la Exposición de motivos ponía de manifiesto que "la regulación jurídico-penal de las conductas relacionadas con el suicidio ha de ser abordada, desde una perspectiva que descansa en los principios anteriormente expuestos y, por consiguiente, afirme el reconocimiento de la disponibilidad sobre la propia vida y, correlativamente, el derecho a morir".

Como puede verse, esta fundamentación descansa básicamente en la autonomía de la persona para disponer libremente de su propia vida. No obstante, como ya señalamos, la autonomía individual no es un argumento convincente para configurar un derecho sobre la disposición de la propia vida. Asimismo, no cabe sostener que la vida es un derecho exclusivamente personal, porque tiene una dimensión social que obliga a los poderes públicos, a protegerla. Por ello, no es de recibo afirmar, como lo hace la Exposición de motivos, que una vida en contra de la voluntad de su titular no es un bien jurídico protegible. Si aceptáramos este argumento, llegaríamos a la indeseable conclusión de que un tercero o el Estado sería quién decidiera qué vidas merecen ser protegidas y cuáles, por distintas circunstancias según su criterio, no serían consideradas un bien jurídico y, por tanto, deberían carecer de protección. En nuestra opinión, la vida humana

siempre debe ser objeto de protección, entre otras razones porque, como ha señalado la jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y nuestro Tribunal Constitucional, el derecho a la vida no incluye un derecho a la propia muerte.

La Exposición de motivos de la **Proposición de Ley Orgánica de despenalización de la Eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, el 22 de enero de 1993**, ponía de relieve, como ya observamos, la relación existente entre el derecho a una muerte digna con el derecho a una vida digna. Por ello, cuando a juicio del enfermo, su vida sufriera un gran menoscabo o careciera de dignidad por causa médica, debería tener derecho a poner fin a la propia existencia.

A esta fundamentación la Exposición de motivos añadía el argumento del sentir favorable de la opinión pública a la despenalización de la eutanasia y a la regulación de este derecho con las debidas garantías.

Sin ánimo de reiterar cuanto señalamos al analizar la dignidad como fundamento de la ilicitud de la eutanasia, baste ahora subrayar que, la dignidad es un valor inherente al ser humano, independientemente de sus circunstancias físicas o psíquicas, el cual no se puede confundir con la calidad de vida. Este último es un concepto subjetivo, que depende de cómo cada persona juzgue su vida. Desde la perspectiva médica, los dolores y sufrimientos que para un enfermo pueden hacerle pensar que su vida carece de calidad y sentido, para otro pueden ser motivo de resignación y fortalecimiento espiritual.

En cualquier caso, la convicción subjetiva de tener una vida sin calidad no convierte a esta en una existencia indigna ni justifica un derecho a la práctica de la eutanasia.

Como ya expusimos, el Grupo Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea presentó en el Congreso de los Diputados una **Proposición de Ley Orgánica sobre la Eutanasia, el 18 de enero de 2017**. En su Exposición de motivos esta Proposición de Ley Orgánica, tras poner de relieve el apoyo mayoritario de la sociedad española a la legalización de la eutanasia, vinculaba la eutanasia y el suicidio asistido al principio de autonomía. Esta vinculación implica “el fin de la confusión entre el derecho y el deber de vivir”. En relación con esta afirmación, la Exposición de motivos señalaba que “cada vez está más extendida socialmente la visión de que el Estado debe proteger la vida pero no imponer el deber de vivir en condiciones penosas e irreversibles, en contra de los deseos y convicciones más íntimos de uno mismo”.

A continuación, la Exposición de motivos manifestaba que “Según la experiencia de otros países con leyes de eutanasia, tan solo una minoría de la ciudadanía solicita una muerte asistida. Sin embargo, este derecho beneficia a la totalidad de la población ya que amplía el marco de libertades y garantiza la convivencia en un espacio democrático de valores comunes como la libertad, la plena dignidad humana, la autonomía y la solidaridad”.

La Exposición de motivos concluía estas argumentaciones afirmando que “la concepción de la eutanasia se vincula actualmente con dos principios clásicos de la práctica médica: 1) la no maleficencia, basada en no dañar y 2) la beneficencia, es decir actuar en beneficio del otro a partir de su propia valoración. Ambos muestran desde la solidaridad y la compasión hacia el sufrimiento de otros, desde una conciencia de vulnerabilidad compartida, el compromiso social con no prolongar situaciones irreversibles no deseadas. Implica también no infligir sobre la persona el daño moral que se deriva de no atender el ejercicio de una libertad a la hora de querer poner fin a su vida en situaciones contempladas en esta ley con todas las garantías de seguridad”.

A nuestro juicio, resulta un tanto contradictorio sostener, como lo hace esta Exposición de motivos, la existencia de un apoyo mayoritario de la sociedad española a la regulación de la eutanasia para, a reglón seguido, afirmar que en los países en los cuales ha sido aprobada, solo una minoría de los ciudadanos la han solicitado.

Por otra parte, no parece que la legalización de la eutanasia amplíe el marco de libertades y garantice la convivencia. Por el contrario esta legalización puede originar tensiones sociales. Entre otras razones, porque puede dar origen a la convicción de que los enfermos terminales y los discapacitados crónicos son un estorbo social y una causa injustificada de gastos a cargo de los fondos públicos. Por ello, se debería tratar de convencerlos para que pusieran fin a sus vidas mediante la eutanasia.

Los principios de no maleficencia y beneficencia aparecieron mencionados en el *Corpus Hippocraticum*, el cual establecía entre las obligaciones del médico la de favorecer o al menos no causar daño al enfermo¹⁷⁸. La obligación de no causar daño –no perjudicar– apareció más tarde vinculada a la expresión latina *primun non nocere*, ante todo no hacer daño¹⁷⁹. En la Medicina actual se considera que la obligación primaria del médico es no perjudicar y

178 Sobre este punto cfr. GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de la bioética*, Madrid, 2004, pp. 226-227.

179 GRACIA, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de la bioética*, cit., p. 228.

que el principio de beneficencia, favorecer, no puede realizarse sin el consentimiento del paciente.

En nuestra opinión, estos principios no pueden invocarse para defender la legalización de la eutanasia. La no maleficencia impide al médico hacer daño, y no cabe duda de que toda muerte es un daño para el que la sufre y para sus allegados. Además, el médico tiene como obligación primaria no matar en ningún caso, aunque la razón de esta práctica sea la compasión al enfermo. Por su parte, el principio de beneficencia comporta aliviar el sufrimiento del paciente hasta sus últimos momentos, no dándole muerte sino mediante la aplicación de los cuidados paliativos adecuados.

Como pusimos de manifiesto, el Grupo parlamentario de Unidas Podemos- En Comú- Galicia en Común presentó de nuevo en el Congreso de los Diputados, el 12 de junio de 2018, una Proposición de Ley Orgánica sobre la Eutanasia. El texto era idéntico al del 18 de enero de 2017, por lo que damos por reproducidas las observaciones que acabamos de realizar a esta última Proposición de Ley Orgánica.

La **Proposición de Ley Orgánica de reforma de la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal, despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio, presentada en el Congreso el 10 de agosto de 2017 por el Parlamento de Cataluña**, la cual caducó, fue presentada de nuevo y admitida a trámite 13 de diciembre de 2019 con un texto idéntico al de 2017.

En ellas se afirma, como ya mencionamos, el derecho del enfermo terminal a que los profesionales sanitarios le faciliten una muerte digna. Además, las Proposiciones señalaban la inexistencia de una contraposición entre el derecho a solicitar una ayuda para morir y los cuidados paliativos. Finalmente, como muestra de la tendencia de que cada vez más Estados regulen la eutanasia, las Proposiciones ponían el ejemplo de Holanda donde se ha planteado regular la ayuda a morir a ancianos cansancio vital.

Ya hemos señalado reiteradamente que no existe en diversos instrumentos internacionales y en nuestro ordenamiento jurídico, un derecho a la propia muerte y, por tanto, a la eutanasia.

En cuanto a la relación existente entre los cuidados paliativos y la eutanasia es evidente, a nuestro juicio, la oposición entre ambos conceptos. Los primeros se dirigen a facilitar una muerte digna mediante el alivio del sufrimiento y los dolores del enfermo terminal. La finalidad de la eutanasia es, por el contrario, poner fin a la vida del paciente, aunque sea por razones compasivas.

Respecto al ejemplo de Holanda, cabe decir que estamos ante un caso claro de la pendiente resbaladiza como ya señalamos. De la eutanasia, entendida como el medio de poner fin al enfermo con unos dolores insoportables para acabar con su sufrimiento, se ha pasado a la muerte de los recién nacidos con enfermedades graves y, ahora, a la propuesta de ayudar a morir a los ancianos con cansancio de vivir. De aquí, puede extenderse la eutanasia a cualquier persona, aunque sea joven, cansada de su existencia e, incluso a todos los individuos que soliciten la ayuda para su muerte sin necesidad de alegar ninguna razón.

Las Exposiciones de motivos de las **Proposiciones de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, presentadas en el Congreso de los Diputados por el Grupo Parlamentario Socialista el 3 de mayo de 2018, el 19 de julio de 2019 y el 24 de enero de 2020**, respectivamente contienen una fundamentación idéntica.

En la Exposición de motivos de todas ellas, se afirma que se “pretende dar una respuesta jurídica sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”.

Ciertamente, algún documento ha afirmado que existe un consenso social favorable a no castigar la eutanasia¹⁸⁰. Asimismo, la encuesta del *Centro de Investigaciones Sociológicas* de 2002, señalaba que el 59,9 por ciento de los médicos consultados están de acuerdo con la despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio en determinados supuestos¹⁸¹. Igualmente, el *Centro de Investigaciones Sociológicas*, en un cuestionario de 2009, establecía que el 58,4 por ciento de los encuestados opinaba que en España debería regularse por Ley la eutanasia¹⁸². Por su parte, según los datos ofrecidos por *Metroscopia* en 2017, un 84 por ciento de los españoles están a favor de la eutanasia¹⁸³ y en 2019 aumentaron a un 87 por ciento¹⁸⁴.

180 Observatori de Bioètica y Dret, M. Casado y A. Reyes (coords.), *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: Declaración sobre la eutanasia*, Barcelona, 2003, p. 15).

181 Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, cit., p. 87.

182 MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., p. 67.

183 MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., p. 67.

184 Los datos del 2019 están tomados de <http://metros-copia.org/8865-2/>. Sobre la actitud de la población española ante la eutanasia y el suicidio asistido cfr. SERRANO DEL ROSAL, R. y HEREDIA CERRO, A., “Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido”, *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 161, 2018, pp.

Sin embargo, como señala MARCOS DEL CANO, la pregunta planteada por *Metroscopia*: “¿Cree usted que un enfermo incurable tiene derecho a que los médicos le proporcionen algún producto para poner fin a su vida sin dolor?” no resulta clara. De esta pregunta no se desprende que el enfermo desee que le practiquen la eutanasia sino, más bien, que se le ayude a morir con dignidad¹⁸⁵. La misma autora manifiesta que solo 263.000 personas -el 0,6 por ciento de la población española- ha firmado un documento de instrucciones previas, según los datos del Ministerio de Sanidad. Ello revela que, si la eutanasia fuese un clamor social, habría muchas más demandas de aplicación de la misma mediante este instrumento legal¹⁸⁶. A julio de 2020 son ya 327.730 las personas inscritas sobre un total de 47.026.208 personas, un 0,7 por ciento de la población¹⁸⁷.

La Proposición de Ley Orgánica de 24 de enero de 2020 manifiesta en su Exposición de motivos “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”.

En apoyo de esta manifestación, menciona la sentencia de 14 de mayo de 2013 del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre el caso Gross contra Suiza la cual consideró que “no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas.”

En dicha sentencia se examinó el caso de una mujer de más de 80 años que deseaba cometer suicidio asistido porque no quería seguir sufriendo con el paso del tiempo el deterioro de sus facultades físicas y mentales. Para llevar a cabo su propósito, solicitó una receta médica, que era necesaria para la obtención de una dosis mortal de pentobarbital sódico. La receta le fue denegada porque a juicio de los médicos y de la jurisprudencia suiza no cumplía con los requisitos establecidos para el cuidado de los pacientes al final de su vida. Concretamente la solicitante no padecía una enfermedad terminal sino

que solo había expresado su deseo de morir debido a su avanzada edad y creciente fragilidad.

Ante esta situación, la señora Gross acudió ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, invocando el artículo 8 del Convenio y manifestando que las autoridades suizas, al privarle de la posibilidad de obtener una dosis letal de pentobarbital sódico, habían violado su derecho a decidir por qué medios y en qué momento su vida terminaría.

El Tribunal hizo constar que el Gobierno suizo no había suministrado otros principios o estándares que pudieran servir como directivas para establecer si, y bajo qué circunstancias, un médico puede prescribir pentobarbital sódico a una paciente que, como la demandante, no sufría una enfermedad terminal.

El Tribunal concluyó afirmando que la legislación suiza, aunque establece la posibilidad de conseguir una dosis letal de pentobarbital sódico con receta médica, no ofrecía unas directivas suficientes para permitir definir con claridad el alcance de este derecho. Por ello, sentenció que había habido una violación del artículo 8 del Convenio en este punto¹⁸⁸.

De acuerdo con esta sentencia, la Exposición de motivos resulta correcta al afirmar la necesidad de dotar “de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal”. En todo caso, es evidente que ante una cuestión tan polémica y compleja como es la despenalización de la eutanasia, la legislación tiene que ser clara para evitar cualquier tipo de equívocos o la posibilidad de distintas interpretaciones.

Sin embargo, nos parece especialmente criticable que la Exposición de motivos mencione solamente dicha sentencia y se olvide de citar la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos contraria a la eutanasia y el suicidio asistido. En efecto este Tribunal ha manifestado claramente en la sentencia sobre el caso Pretty contra el Reino Unido, el 29 de abril de 2002, que el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos no puede ser interpretado, sin una distorsión del lenguaje, en el sentido de reconocer algo diametralmente opuesto al derecho a la vida, es decir, un derecho a morir. Tampoco puede dar lugar a un derecho a la autodestrucción en el sentido de otorgar a la persona la facultad de elegir la muerte en vez de la vida¹⁸⁹. Por ello, el Tribunal ha declarado que del artículo 2 no se deriva ningún derecho a morir, ya sea a manos de un tercero o con la asistencia de una autoridad

103-120, y GIMBEL GARCÍA, *El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas*, cit., pp. 55 y ss.

185 MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., pp. 67-68.

186 MARCOS DEL CANO, “La eutanasia: propuesta de regulación en España”, cit., p. 68.

187 https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/rnip/doc/Documentos-2020/Julio-2020/Declarantes_con_Instruccion_Previa_Activa_por_Comunidad_Autonomay_grupos_de_edad.pdf

188 Número 67 de la sentencia.

189 Número 39 de la sentencia.

pública¹⁹⁰. De aquí se deriva, obviamente, que ni la eutanasia ni el suicidio asistido están reconocidos como derechos en el citado Convenio.

Ciertamente, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha manifestado que el derecho de una persona a decidir el momento y la forma de poner fin a su vida, siempre que sea capaz de adoptar una libre decisión sobre esta cuestión y de actuar en consecuencia, es uno de los aspectos del derecho a la vida privada garantizado en el artículo 8 del Convenio¹⁹¹. Sin embargo, una cosa es el derecho a elegir el momento y la forma de la propia muerte, que está tutelado por el artículo 8, y otra muy distinta el de poder exigir a un tercero una acción para acabar con la propia existencia - mediante la eutanasia o el suicidio asistido- que es contrario al artículo 2. De no ser así, existiría una contradicción entre estos dos preceptos del Convenio. Por otra parte, el Estado, en virtud de estos artículos citados, no está obligado - aunque puede hacerlo- a adoptar las medidas necesarias para poder realizar una eutanasia o un suicidio asistido siempre que aseguren un proceso de muerte digno. En definitiva, podrán despenalizarse estas prácticas médicas pero no porque ello se derive del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

Asimismo, la Exposición de motivos afirma que “esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia [...]. La eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonstar también con otros derechos y bienes especialmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art.10 CE), el valor superior de la libertad (art.1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art.16 CE) o el derecho a la intimidad (art.18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico [...] descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica”¹⁹².

No obstante lo expresado por esta Proposición de Ley Orgánica creemos que no se puede defender la existencia en el ordenamiento jurídico español de un derecho a la propia muerte. Entre otras razones, porque este pretendido derecho ha sido negado por nuestro Tribunal Constitucional. Así, para este Tribunal, el derecho a la vida tiene “un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del *agere licere*, en cuanto que la privación de la vida propia por la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho. En virtud de ello, no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte”¹⁹³.

Además, en nuestra opinión, debe tenerse en cuenta que los seres humanos, a pesar de sus diferencias, somos iguales desde el punto de vista moral. En esta igualdad moral se fundamenta la doctrina de los derechos humanos, que constituyen la garantía contra toda arbitrariedad estatal o de terceros. Como ha sido señalado, en nuestro criterio acertadamente, “la única manera de garantizar el principio de igual consideración y respeto para todos los seres humanos, en cuanto garante de un universo moral, es concediendo el pleno amparo de las garantías morales a todos aquellos que han sido generados por progenitores humanos, desde el inicio de la vida hasta el final”¹⁹⁴.

En resumen, como señalamos al concluir el examen de las fundamentaciones teóricas que defienden la eutanasia y el suicidio asistido, creemos que las Exposiciones de motivos de las distintas Proposiciones de Ley Orgánica examinadas tampoco fundamentan con argumentos sólidos la legitimidad de estas prácticas.

190 Número 40 de la sentencia.

191 Sentencia de 20 de enero de 2011, sobre el caso Haas contra Suiza.

192 Cfr. el apartado I de la Exposición de motivos

193 Sentencias del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio (F.J. 7) y 37/1990, de 19 de julio (F.J. 5), sobre la asistencia médica forzosa a los reclusos en huelga de hambre reivindicatoria.

194 FERRER, J. J., ÁLVAREZ, J. C., *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, cit., p. 338.

7. LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO ALTERNATIVA A LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Dada la insuficiencia, en nuestro criterio, de las teorías que legitiman jurídicamente la eutanasia y el suicidio asistido, la alternativa más razonable para aliviar el dolor, el sufrimiento y garantizar la dignidad nos parece que es el recurso a los cuidados paliativos.

Como señalamos al analizar el concepto de eutanasia en relación con sus destinatarios cabían dos opciones. Una restrictiva, centrada solo en los enfermos terminales. Y, otra amplia que incluiría también a quienes padecen una enfermedad o patología grave, irreversible e invalidante.

El mismo problema se plantea en relación con los destinatarios de los cuidados paliativos.

La *Organización Mundial de la Salud* adoptó en 1990 la definición propuesta por la *Asociación Europea de Cuidados Paliativos*, considerándolos como “el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo” añadiendo, a continuación, “El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”.

En 2002, la misma Organización amplió esta definición, entendiéndolo que los cuidados paliativos son un “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con las enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Sin embargo, según la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, estos cuidados “se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las *personas en situación terminal*, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia”¹⁹⁵ (la cursiva es nuestra).

Entre ambas concepciones podemos encontrar una posición intermedia. Los cuidados paliativos se aplicarían en su totalidad a los enfermos terminales. Sin embargo, en los pacientes crónicos, que no están

cercanos a la muerte, solo resultarían de aplicación algunas de las actuaciones que los integran. En todo caso, no creemos que esto pueda afectar a la fundamentación, favorable o desfavorable, de la legalización de la eutanasia que es el principal objeto de nuestro trabajo.

Los cuidados paliativos no se concretan en una única actuación sino que, por el contrario, constituyen un proceso que requiere múltiples medidas de naturaleza diversa. Todas ellas están destinadas a ayudar al paciente, así como a sus familiares y allegados, a soportar de la mejor manera posible el tránsito hacia el final de la vida.

Estas medidas comprenden el alivio del dolor; la sedación paliativa; la adecuación del esfuerzo terapéutico; la atención espiritual al paciente y el apoyo a los familiares en la enfermedad y en el duelo.

El **alivio del dolor** es evidente que forma parte de los cuidados paliativos. En relación con este punto, ya vimos que no resulta aceptable con los medios médicos disponibles en la actualidad que un enfermo llegue hasta el final de la vida sufriendo¹⁹⁶.

No obstante, es preciso tener en cuenta que el tratamiento del dolor no requiere necesariamente ir acompañado de los cuidados paliativos. En efecto, estos cuidados tienen un contenido más amplio. Además, existe una diferencia entre los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor, que radica en la situación clínica del enfermo. Así, si todos los pacientes tienen derecho al tratamiento del dolor, solo los que se encuentran en una situación terminal o en una enfermedad grave, crónica e invalidante lo tienen a los cuidados paliativos¹⁹⁷.

En el alivio del dolor puede ser necesario el recurso a la **sedación paliativa**. La *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* define la sedación paliativa “como la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”¹⁹⁸.

196 Cfr. NEGRI, “Cuidados paliativos y derecho internacional de los derechos humanos...”, cit., p. 21, con cita de VERONESI, U., *Il diritto di non soffrire*, Milano, 2011, pp.18-19.

197 Cfr. RODRÍGUEZ, A., “Muerte digna y derechos en los Estatutos de Autonomía”, en Presno Linera, M.A. (Coordinador), *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*, Procura, n.1, 2011, p.79.

198 SECPAL, *Sedación paliativa del prepex. Uso y recomendaciones*, www.secpal.com/o/5C Documentos o/o 5 Blog o/o 5C guia-de-sedacion-pdf.

195 Artículo 3 de los Estatutos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en www.secpal.com/secpal-estatutos-2.

Es necesario distinguir la sedación paliativa de la eutanasia. En esta última, la intención del que la práctica es producir la muerte del paciente. En cambio, la sedación paliativa tiene como objeto el alivio del sufrimiento del enfermo, pero no su muerte. El fallecimiento del enfermo puede acelerarse como consecuencia de la sedación paliativa, pero la causa de su muerte no se debe a ésta sino a la enfermedad que padece.

Un tratamiento médico relacionado con la sedación y que forma parte de los cuidados paliativos es la **adecuación del esfuerzo terapéutico**, a veces denominado incorrectamente limitación del esfuerzo terapéutico. La razón de esta incorrección es que esta medida no persigue limitar el tratamiento, sino una adecuación del mismo al estado clínico del paciente¹⁹⁹.

La *Organización Médica Colegial* y la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* elaboraron en 2015 una declaración en la que se define la adecuación del esfuerzo terapéutico como “retirar, ajustar, o no instalar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente”²⁰⁰.

La finalidad de la adecuación del esfuerzo terapéutico es evitar la obstinación terapéutica. Por ello, la adecuación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico, llevado a cabo mediante tratamientos fútiles, son conceptos antagónicos.

Aunque la sedación y la adecuación del esfuerzo terapéutico son medidas terapéuticas diferentes, lo normal es que se apliquen simultáneamente sobre todo en el caso de la sedación en la agonía. Esta situación irá acompañada usualmente de la disminución del esfuerzo terapéutico, dada la nula esperanza de vida del paciente.

La enfermedad, el sufrimiento y la muerte próxima son ocasiones especiales para el surgimiento de la espiritualidad. Por ello, en su enfermedad terminal, son numerosos los enfermos que desean la presencia en los cuidados paliativos de una **asistencia espiritual, religiosa o de otro signo**, que les ayude a reconciliarse consigo mismos y con los demás, a superar el miedo a la muerte, así como la angustia generada por la incertidumbre sobre el más allá de la vida²⁰¹.

199 En este sentido AA.VV., *Adecuación del esfuerzo terapéutico*, Área de Salud de León, 2017, p.5

200 Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones*, Madrid, abril de 2015.

201 Sobre esta cuestión, cfr. *Atención religiosa al final de la vida. Conocimientos útiles sobre creencias y convicciones*,

La razón de este tipo de atención es que la dimensión espiritual forma parte de nuestra naturaleza esencial como seres humanos. Como ha sido señalado certeramente “somos seres de naturaleza espiritual, seamos o no conscientes de ello”²⁰². Por ello, negar nuestra naturaleza espiritual en el trabajo clínico convierte a éste en un claro factor de deshumanización²⁰³.

Según la *Organización Mundial de la Salud*, los cuidados paliativos tienen como fin, entre otros, el de ofrecer un sistema de **apoyo al paciente** y a su familia para que puedan afrontar la enfermedad y sobrellevar el periodo del duelo²⁰⁴.

Usualmente, el paciente con enfermedad terminal atraviesa por diversas fases psicológicas que van apareciendo sucesivamente y en las que en todas es necesaria esta ayuda. Estas fases son:

- 1ª. Caos,
- 2ª. Rendición,
- 3ª. Trascendencia²⁰⁵.

La fase de *caos* incluye las etapas psicológicas de negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

La fase de *rendición* surge cuando el paciente tiene el convencimiento de que su situación sigue agravándose a pesar de sus esfuerzos.

Finalmente, la fase de *trascendencia* aparece cuando el enfermo descubre otros valores, siente paz y espera tranquilamente la llegada de la muerte²⁰⁶.

Obra Social La Caixa, Barcelona, 2013, *passim*.

202 Cfr. BENITO, E., DONES, M., BARBERO, J., “El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos”, cit., p. 371; AA.VV., “La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso”, en *Medicina Paliativa*, n.18 (1), p. 61.

203 IX Jornada Nacional SECPAL, 12 y 13 de Mayo de 2011, Palma de Mallorca, apartado 3.

204 Sobre este punto cfr. WILSON ASTUDILLO A., “Los cuidados paliativos y el duelo”, *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*, Wilson Astudillo A., Magdalena Pérez T., Ángel Ispizua G. y Ana Orbeago A. (Editores), San Sebastián, 2007, p.18.

205 Cfr. SINGH K.D., *The Grace in Dying: How We Are Transformed Spiritually As We Die*, San Francisco, 1998.

206 Cfr. WILSON ASTUDILLO, A., y RODRIGO FERNÁNDEZ, J., “El apoyo psicosocial y existencial en el final de la vida”, *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*, Procura, n.1, Oviedo, 2011, p. 7.

El enfermo terminal necesita también un apoyo social, generalmente formado por la familia, amigos y por el equipo de cuidados paliativos²⁰⁷.

Tras el fallecimiento del enfermo es necesario continuar apoyando a la familia en el proceso de duelo. En ocasiones este proceso puede resultar complejo por la presencia de varias circunstancias tales como la sensación de culpabilidad por no haber cuidado todo lo necesario al enfermo o por la gran dependencia sentimental hacia éste. Tales sentimientos deben ser comprobados cuanto antes para poder superarlos con éxito con la ayuda de un profesional o, si es necesario, de un equipo de apoyo.

Así, el duelo se transformará en una fase en la que el acompañamiento y la solidaridad servirán para que los supervivientes más afectados acepten la pérdida, vivan con su pena, se adapten a una vida sin la persona querida y se separen poco a poco emocionalmente de ella para seguir viviendo²⁰⁸.

Estos contenidos de los cuidados paliativos han sido regulados por la mayoría de las leyes autonómicas de muerte digna. En ellas se distingue esta medida terapéutica de otros conceptos afines, tales como el tratamiento del dolor, la sedación paliativa, la adecuación del esfuerzo terapéutico y el acompañamiento al enfermo y a sus familiares²⁰⁹. A pesar de que alguna de estas leyes considera que el tratamiento del dolor forma parte de los cuidados paliativos²¹⁰.

En contra de este criterio, otras leyes autonómicas (Galicia, País Vasco y Madrid) han regulado los cuidados paliativos conjuntamente con el tratamiento del dolor y la sedación paliativa²¹¹.

207 Sobre este punto cfr. ESPINA EIZAGUIRRE M., "Acompañamiento a la familia en su proceso de duelo", *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*, Wilson Astudillo A., Magdalena Pérez T., Ángel Ispizua G. y Ana Orbeago A. (Editores), San Sebastián, 2007, p.18.

208 Cfr. WILSON ASTUDILLO, A., MENDINUETA, C., ORBEGOZO A., "Los cuidados paliativos y el duelo", *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*, Wilson Astudillo A., Magdalena Pérez T., Ángel Ispizua G. y Ana Orbeago A. (Editores), San Sebastián, 2007, p.18.

209 Artículos 12, 13, 14 y 16 de la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Andalucía; artículos 13 y 14 de la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Navarra; artículos 12, 13, 14 y 16 de la Ley 10/2012, de 24 de marzo, de Aragón; artículos 12, 13, 14 y 16 de la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de Canarias; artículos 12, 13, 14 y 16 de la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Baleares; artículos 13, 14, 15 y 17 de la Ley 5/2018, de 22 de junio, de Asturias; artículos 13, 14 y 15 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de Valencia.

210 La Exposición de motivos de la ley 2/2010, de 8 de abril, de Andalucía, en su apartado I, manifiesta que "el tratamiento del dolor forma parte de los cuidados paliativos integrales".

211 Artículo 11 de la Ley 5/2015, de 26 de junio, de

Según las leyes autonómicas de muerte digna, el derecho a recibir cuidados paliativos corresponde a "todas las personas" que se encuentren en una situación terminal o de agonía²¹².

La atención que conllevan los cuidados paliativos puede abarcar a las personas vinculadas al enfermo, incluso en los momentos posteriores a su fallecimiento y durante el proceso de duelo. Tal el caso de la Ley del País Vasco, la cual dispone: "el objetivo terapéutico de estos cuidados [paliativos integrales] es mitigar el posible sufrimiento, el dolor y otros síntomas frecuentes en el tiempo de morir [...]. La atención será extensible, en su medida, a las personas a ellas vinculadas, y podrá abarcar incluso los momentos posteriores al fallecimiento de la persona enferma durante el proceso de duelo"²¹³.

Ninguna de las proposiciones de Ley Orgánica sobre la eutanasia presentadas en el Congreso de los Diputados, que hemos examinado, mencionan los cuidados paliativos.

Por el contrario, las Proposiciones de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida presentadas en el Congreso reconocen el derecho a dichos cuidados aunque, ciertamente, no como una práctica sustitutiva de la eutanasia²¹⁴.

Para finalizar, creemos que no cabe calificar de progreso jurídico seguir en nuestro país el sistema de aquellos Estados en los cuales están legalizadas la eutanasia y/o el suicidio asistido. La dignidad de la persona comporta la obligación de asegurarla un tránsito a su muerte, aliviando sus dolores y

Galicia; artículo 12 de la Ley 11/2016, de 8 de julio del País Vasco; artículo 11 de la Ley 4/2017, de 9 de marzo de Madrid.

212 Artículo 12.1 de la ley 2/2010, de 8 de abril, de Andalucía; artículo 13.1 de la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Navarra; artículo 12 de la Ley 10/2012, de 24 de marzo, de Aragón; artículo 12.1 de la ley 1/2015, de 9 de febrero, de Canarias; artículo 12.1 de la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Baleares; artículo 11.1 de la Ley 5/2015, de 26 de junio, de Galicia; artículo 11.1 de la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Madrid; artículo 13.1 de la Ley 5/2018, de 22 de junio, de Asturias; la ley 11/2016, de 8 de julio, del País Vasco en su artículo 12.1 emplea el término " las personas" y el artículo 13.1 de la Ley 16/2010, de 28 de junio, de Valencia, utiliza la expresión " la persona".

213 Artículo 12.2 de la ley 11/2016, de 8 de julio, del País Vasco.

214 Art. 4 c) de la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista el 21 de febrero 2020; art. 4 c) de la Proposición de Ley relativa a los derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, presentada por el Grupo Parlamentario Popular el 10 de febrero 2020; art. 4 c) de la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos el 13 de diciembre de 2016.

temores, y dejando que la naturaleza siga su curso normal hasta el final. Por ello, sería necesaria la aprobación de una ley de ámbito nacional que regulará unos cuidados paliativos integrales, los cuales serían la sustitución lógica de la eutanasia y el suicidio asistido. El respeto a la persona, que implica su dignidad, no se compadece con poner fin a su vida mediante estas prácticas médicas²¹⁵.

215 Sobre estos cuidados cfr. MARTÍN SÁNCHEZ, I., *Los cuidados paliativos. Un estudio jurídico*, Dykinson, Madrid, 2020.