



Universidad de Oviedo

**Facultad de Derecho**

GRADO EN DERECHO

# **TRABAJO FIN DE GRADO**

LA EUTANASIA

Autora:

Alicia Díaz López

Junio/Julio de 2017

“Quiero mostrar mi agradecimiento a mis padres, tíos y abuela por su apoyo incondicional durante toda mi carrera y por enseñarme a ser quien soy. También quiero agradecer a mi tutor por su paciencia y su capacidad para guiarme.”

## ÍNDICE:

ÍNDICE:.....	3
INDICE DE ABREVIATURAS: .....	4
RESUMEN: .....	5
INTRODUCCIÓN: .....	6
PRIMERA PARTE: LA EUTANASIA Y SU CONTROVERSI A CONSTITUCIONAL: ....	8
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS: .....	8
2. APROXIMACIÓN A LA EUTANASIA Y SU TIPOLOGÍA: .....	9
3. LA EUTANASIA SEGÚN LAS INSTITUCIONES MÉDICAS NACIONALES E INTERNACIONALES: .....	14
4. COMPARACIÓN DE LA EUTANASIA CON OTRAS FIGURAS. LOS CUIDADOS PALIATIVOS: .....	17
5. LA CONTROVERSI A CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA: .....	20
SEGUNDA PARTE: LA EUTANASIA EN EL DERECHO INTERNACIONAL Y COMPARADO .....	22
6. CONVENIOS Y TRATADOS INTERNACIONALES:.....	22
7. DERECHO COMPARADO: .....	25
8. LOS CASOS JURISPRUDENCIALES QUE PLANTEAN EL DEBATE IUSFUNDAMENTAL (EN ESPAÑA Y EL EXTRANJERO):.....	31
TERCERA PARTE: LA EUTANASIA Y LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA:.....	45
9. EL DEBATE SOBRE LA DIGNIDAD, LIBERTAD PERSONAL Y EL DERECHO A LA VIDA: .....	45
10. EL RÉGIMEN JURÍDICO DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA: .....	53
11. PERSPECTIVAS SOBRE LA REGULARIZACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA:.....	61
CONCLUSIONES: .....	64
BIBLIOGRAFÍA:.....	66

## **INDICE DE ABREVIATURAS:**

**a.C:** Antes de Cristo.

**A.M.M:** Asociación médica mundial.

**Art.:** Artículo.

**C.E:** Constitución Española.

**C.F.C.E:** Comisión federal de control y evaluación.

**CIS:** Centro de investigaciones sociológicas.

**E.d:** Editorial.

**EE. UU:** Estados Unidos.

**Etc.:** Etcétera.

**F.J:** Fundamento jurídico.

**N.º:** Número.

**OMC:** Organización médica colegial.

**OMS:** Organización mundial de la salud.

**Op. Cit:** Opere citato “en la obra citada”.

**P.:** Página.

**P.p:** Páginas.

**RAE:** Real Academia Española.

**RD:** Real decreto.

**S.:** Siglo.

**SECPAL:** Sociedad española de cuidados paliativos.

**STC:** Sentencia del Tribunal Constitucional.

**STEDH:** Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura.

## **RESUMEN:**

Si bien es cierto que la eutanasia no se trata de un problema actual, puesto que es una temática que viene siendo de antaño debatida desde antaño ya que durante largo tiempo ha ido ocupando una gran atención mediática, tras acaparar numerosos titulares en medios de comunicación, casos como el de Ray Gosling, el “Caso Leganés” o el de Ramón Sampedro, es un tema que sigue teniendo máxima vigencia en la actualidad.

Durante los últimos años se han producido una multitud de debates, tanto en nuestro país como en otros muchos, sobre la manera en la que la sociedad debe tratar a algunos enfermos terminales y personas que por su condición de salud muy deteriorada pedían morir para evitar el sufrimiento que acarreaba la enfermedad que padecían.

Actualmente, esos debates se han intensificado, tanto para el caso de la eutanasia, como para el suicidio médicamente asistido. Esta situación ha hecho que se generen numerosas propuestas de leyes en las cuales las regulaciones que se hacen de esta figura son muy diversas y dejan ver en ocasiones la divergencia que existe entre las disposiciones legales y sanitarias y la voluntad de las personas que se encuentran en una situación terminal.

## **ABSTRACT:**

Even though it is true that euthanasia is not a current problem, since its origins could be dated far-off due to the importance that this materia has developed in the mass media since a long "time ago where it received a lot of media attention, after grabbing many headlines in the media, in some cases, such as “Ray Gosling”, the “Leganés Case” or the case of “Ramón Sampedro”.

It is therefore a very updated subject nowadays too.

We have seen during the last few years in our country and in many others numerous discussions concerning the way in which society must treat terminally ill persons and people, who make the decision to die in order to avoid the suffering caused by the illness they had as a result of their deteriorated health condition.

At the present time these debates have taken on increased significance, both in the case of euthanasia and in physician assisted suicide. In the last few years many different government bills have arisen in which the regulations that are made of this figure are very diverse. These proposals show the divergence between the legal and health provisions and the will of the people who are in a terminal situation.

## **INTRODUCCIÓN:**

En la actualidad, las cuestiones relacionadas con el proceso de la muerte del ser humano han ido adquiriendo cada vez mayor importancia en nuestra sociedad como consecuencia de diversos acontecimientos:

Para empezar los grandes y diversos avances y descubrimientos que se han realizado en el ámbito de la medicina y sus ciencias afines han supuesto que a día de hoy la vida pueda ser prolongada e incluso mantenidas las funciones vitales de manera artificial hasta un límite inimaginable hace algunos años.

Otro de los factores es el aumento de la esperanza de vida de la población con su correspondiente envejecimiento lo que ha ocasionado que se haya registrado un incremento de las enfermedades que se consideran crónicas o irreversibles.

Todos estos factores son los que han ocasionado que el legislador y la sociedad en general hayan visto la necesidad que existe de una regulación y el establecimiento de unos requisitos y garantías que vayan a asegurar la dignidad en el proceso de muerte.

Este trabajo va a ser abordado y analizado en tres partes, la primera parte regula la eutanasia de forma más genérica y su controversia constitucional. En un principio nos retrotraemos al pasado abordando el tema de la eutanasia desde sus primeros indicios ya en la época greco-romana hasta la actualidad, comprendiendo también el concepto de eutanasia de una manera muy diversa analizando el concepto que han venido proporcionando tanto diversos autores en la doctrina como las instituciones médicas internacionales (entre otras la Asociación Médica Mundial o la Organización Mundial de la Salud) y su comparación con otras figuras muy semejantes como pueden ser los cuidados paliativos. Este primer bloque va a ser concluido con un planteamiento general de la eutanasia en relación con el valor constitucional de la libertad y los derechos fundamentales en juego.

En la segunda parte del trabajo se habla del régimen jurídico de la eutanasia, desde los convenios y tratados internacionales que existen en esta materia hasta la legislación estatal española y el régimen jurídico de las comunidades autónomas. También se aborda y así lo he visto necesario, un derecho comparado entre nuestro país y otros países tanto de la Unión Europea como de fuera de ella, que puedan aportar una visión más enriquecedora de cómo es posible regular la eutanasia (desde Suiza en la cual está permitido el suicidio asistido hasta Bélgica donde está despenalizada la eutanasia, pasando por países donde es incluso lícita la eutanasia en

menores de edad, como en Holanda) y que quizá algún día puedan ser el ejemplo a seguir para que países como España en los que todavía no existe una regulación concreta sobre esta materia, la regulen.

Por último, el tercer bloque del trabajo contiene la posible controversia que se pueda dar entre la eutanasia y los derechos fundamentales, abordando el debate sobre la dignidad, la libertad y el derecho a la vida, así como también el derecho a morir dignamente y su ejercicio, haciendo mención y desarrollando los casos jurisprudenciales que plantean el debate iusfundamental no solo en España sino también en el extranjero.

Para finalizar el trabajo, se ha incluido un apartado en el que se analiza las perspectivas sobre la regularización de la eutanasia en España, partiendo desde las propuestas de ley de los diferentes partidos muy diversas que se han debatido en el Congreso de los Diputados.

Respecto a la metodología del trabajo, este trabajo se ha venido desarrollando a partir de datos cuantitativos, descriptivos y normativos. Para ello se han revisado numerosas y diversas fuentes, entre fuentes manuscritas y fuentes electrónicas, entre las que se encuentran libros, ensayos, manuales, códigos éticos de actividades profesionales, artículos y numerosa legislación y jurisprudencia tanto de España como del extranjero.

**“Mejor vida es morir que vivir muerto”**

**(Francisco de Quevedo)**

# PRIMERA PARTE: LA EUTANASIA Y SU CONTROVERSIA CONSTITUCIONAL:

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

La eutanasia no es una práctica que haya surgido en la actualidad, sino que ya se pueden encontrar ejemplos de ella en las primeras sociedades humanas.

Los primeros indicios de la eutanasia los encontramos en el periodo greco-romano, cuando en la República Platón afirmaba que *“Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo”* y Séneca decía a favor de la eutanasia que *“es preferible quitarse la vida a una vida sin sentido y con sufrimiento”*, en la misma línea se pronunció de igual manera Cicerón que habla de la eutanasia como una *“muerte digna, honesta y gloriosa”*.

Por lo tanto en la antigua Grecia la eutanasia no planteaba ninguna problemática, se argumentaba que una mala vida no era digna de ser vivida y por ello en esos casos la muerte sería la mejor opción. Sin embargo había una pequeña parte de la doctrina como Hipócrates (S. V a.C) que afirmaba que *“Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que lo soliciten”*, para estos detractores debería prohibirse la eutanasia activa y también la ayuda para cometer suicidio.

En la edad media cambió radicalmente el pensamiento sobre la eutanasia, este cambio fue promovido por el cristianismo en el que se entiende que *“Dios es el señor de la vida y de la muerte”*, por lo tanto el ser humano no puede disponer de su propia vida que le fue dada por Dios y estaba fuertemente recriminado cualquier acto suicida. Tal fue así que en el Concilio de Orleans del año 533 acordaron la denegación de la celebración del funeral a los suicidios como castigo por haber cometido un acto considerado como delito. Ilícito que persistía en el año 693, donde de igual manera aquella persona que intentara suicidarse como delito no tendría cristiana sepultura.

Con la llegada del Renacimiento (S. XVI y XVII) se le da de nuevo a la eutanasia un sentido humanitario, relacionándola con una manera de morir dignamente y sin sufrimiento innecesario. A favor de una eutanasia que ahora denominaríamos “indirecta” se pronunció Bacon afirmando que *“compete al médico proporcionar la salud y suavizar las penas y los dolores, y no solamente cuando ese suavizamiento pueda llevar a la curación, sino cuando pueda servir para procurar una muerte tranquila y fácil”*<sup>1</sup> y en una misma manera Tomas Moro, en la Utopía (1516), afirmaba que un médico debe contribuir a la curación y atención de los enfermos, si bien cuando

---

<sup>1</sup> Bacon (1561-1626) padre de la ciencia experimental, en su Utopía de la Nueva Atlantis.



estos se encuentren en la última etapa de su vida, debe ser el médico quien haga ver al paciente que *“puesto que su vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar su muerte”* animándolo a que *“no dude, en fin, liberarse a sí mismos o permitir que le liberen los otros”* de ese sufrimiento.

Posteriormente entre los siglos XIX y XX surgió lo que podemos denominar como eutanasia social (eugenesia), movida por la escasez económica en aquellos tiempos de la primera guerra mundial. Se defendía que ciertas personas que pudieran considerarse como una carga para la sociedad (lisiados, enfermos mentales, minusválidos, etc) fueran “eliminadas” mediante la eutanasia. Eutanasia que se haría en todo caso bien sin el consentimiento del paciente, e incluso en contra de la voluntad del mismo de no querer acabar con su vida. El ejemplo típico lo vamos a encontrar en el programa Eutanásico Nazi, en este programa los médicos practicaron la eugenesia a más de ochenta mil enfermos que sufrían algún tipo de sintomatología bien fuera física o psíquica, vendiendo dicha práctica en su propaganda como una “ayuda” a los que presentaban algunas de las patologías ut supra citadas, pues su vida era indigna y debían ser “merecedores de compasión” para que así la opinión de la gente fuese favorable.

## **2. APROXIMACIÓN A LA EUTANASIA Y SU TIPOLOGÍA:**

La palabra eutanasia proviene etimológicamente de dos palabras griegas, por un lado la palabra “eu” que puede ser traducida como bien y por otro lado la palabra “Thánatos” cuyo significado es muerte, por lo tanto sería una “buena muerte”, “buen morir” o “morir bien”, que pretendería reflejar una muerte sin dolor o una muerte dulce. Con el paso del tiempo, su significado primigenio fue evolucionando y actualmente muchos han sido los autores que han dedicado tiempo y esfuerzo en acotar el término “eutanasia”, lo que ha provocado que existen numerosas nociones del término, que pueden ser ambiguas, hacernos entender realidades muy diferentes e incluso ser contrarias entre ellas.

La RAE, en su primera acepción nos define la eutanasia como una *“Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”* y en una *segunda acepción, define el concepto como una “muerte sin sufrimiento físico”,* significado que se asemeja a aquel que proporciona el origen griego de la palabra.

Una vez analizado el concepto de eutanasia, es preciso hacer una clasificación genérica sobre los tipos de eutanasia que podemos encontrar a efectos de poder acotar mejor su estudio.<sup>2</sup>

Se diferencian los tipos de eutanasia según varios puntos de vista, según, el motivo por el que se practica, en esta diferenciación vamos a encontrarnos la eutanasia piadosa, que es la eutanasia practicada con el fin de evitar el dolor y el sufrimiento de una persona, la eutanasia eugénica o eugenésica, su finalidad no es otra que la muerte de una persona por motivos sociales o raciales. Este tipo de eutanasia sería aquella establecida por Hitler en el año 1939, utilizada para ejecutar a miles de personas débiles y deformes y utilizada de igual modo en Esparta con el fin de erradicar a recién nacidos con algún tipo de deficiencia. Siguiendo esta clasificación por último vamos a encontrar la eutanasia económica cuyo fin sería eliminar a aquellas personas que por su situación física se entiende que sus vidas son de costoso mantenimiento.

Una segunda clasificación, es aquella que diferencia la eutanasia dependiendo de a quien se le aplique, así podríamos encontrar la eutanasia perinatal, aquella que se va a aplicar a los recién nacidos que sean deficientes o que hayan nacido con algún tipo de deformidad. La eutanasia agónica, aplicada a los enfermos en situación terminal, la eutanasia psíquica, aplicada a enfermos con lesiones cerebrales que van a considerarse irreversibles y por último la eutanasia social, aplicada a personas de avanzada edad u otro tipo de personas que por su situación van a ser considerados como “socialmente improductivos”.

Otra de las clasificaciones, es el modo en el que se practica la eutanasia, diferenciamos aquí entre la eutanasia por acción, en la que la muerte va a ser provocada voluntariamente porque se administre al paciente una sustancia letal y la eutanasia por omisión, este tipo de eutanasia también va a realizarse de manera voluntaria, sin embargo se diferencia de la eutanasia por acción en que en este tipo de eutanasia la muerte va a venir dada porque no se le proporcione al paciente un tratamiento que sería necesario e imprescindible para que siguiera con vida, por poner un ejemplo de este tipo de eutanasia, podríamos hacer referencia a la retirada de una sonda de alimentación artificial necesaria para que un paciente sobreviviera.

Podríamos también clasificar la eutanasia dependiendo de quién es el autor de esta, así estaríamos ante una eutanasia autónoma, aquella en la que la propia persona se

---

<sup>2</sup> Hablan de la clasificación de la eutanasia casi todos los autores que se refieren al tema. Entre muchos otros: Pérez Valera, Víctor M. (Eutanasia ¿Piedad o delito?, México, Jus, 1986, pp. 25 a 32). Gimbernat Ordeig (Estudios de derecho penal, Madrid, Tecnos, 1990, p.52), Díaz Aranda, Enrique (Dogmática del suicidio y homicidio consentido, Universidad Complutense de Madrid, Centro de estudios judiciales del Ministerio de Justicia, Madrid, 1995, p. 162) y Bajo Fernández, Miguel (Manual de derecho penal, parte Especial, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, 1991, pp. 84 y 95).

produce a sí misma la muerte sin que para ello intervengan terceras personas, lo que podríamos clasificar como “suicidio” y por otro lado la eutanasia heterónoma, en este tipo de eutanasia la muerte de la persona viene provocada por la intervención de terceras personas.

Desde el punto de vista de la voluntad del paciente, podríamos estudiar la eutanasia en tres tipos, siendo el primer distingo de eutanasia la eutanasia voluntaria, aquella en la que el paciente manifiesta su deseo de morir por el mismo o es manifestado por terceras personas obedeciendo el deseo que el paciente ha exteriorizado con anterioridad. Después podemos hablar de una eutanasia no voluntaria, esta clasificación de eutanasia se da cuando el paciente es sometido a ella sin conocer la determinación del enfermo puesto que en ese momento ya no poseía las capacidades físicas ni mentales para expresarlo. Por último, podemos hablar también de una eutanasia involuntaria, que al contrario que la eutanasia voluntaria, se va a producir cuando el individuo manifestó su deseo de no morir o cuando la persona aun teniendo las capacidades físicas y mentales para exponer su deseo de morir o mantenerse con vida no expresa su elección.

Para terminar las formas en que la eutanasia sea practicada pueden ser distinguidas, siendo la tipología más importante y a la que más se hace referencia la que procede a la diferenciación según por un lado la modalidad de acción, así clasificamos la eutanasia pasiva, se aprecia cuando existe una inhibición de actuar (abstención terapéutica) o se suspende el tratamiento anteriormente iniciado (suspensión terapéutica) que lleva implícito causar la muerte. Hay que tener cuidado con este término pues en numerosas ocasiones se utiliza el término “eutanasia pasiva” para referirse a una práctica médica que es correcta, en la que el médico omite tratamientos que se puedan considerar desproporcionados en atención al resultado que se va a conseguir con dicho tratamiento. Contraria a esta está la eutanasia activa, en la que la muerte se va a producir por una acción dirigida a provocar el fallecimiento del paciente; por ejemplo, mediante la aplicación de una inyección letal o mediante una sobredosis letal de morfina.

A pesar de que en mucha doctrina se contempla esta acepción, existen organizaciones e instituciones que no aceptan la distinción terminológica entre “activa” y “pasiva”, así la sociedad española de cuidados paliativos manifiesta que *“La eutanasia entendida como conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona enferma, por un motivo compasivo, puede producirse tanto mediante una acción como por una omisión. La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado. Tan eutanasia es inyectar un fármaco letal como omitir una medida*

*terapéutica que estuviera correctamente indicada, cuando la intención y el resultado es terminar con la vida del enfermo.”<sup>3</sup>.*

En estas mismas líneas se habían pronunciado con anterioridad tanto los Colegios Oficiales de Médicos como la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial española (OMC).

Otra de estas clasificaciones más invocada por la doctrina es aquella que separa la eutanasia por la intención, pudiendo encontrarnos con una eutanasia directa, la acción se dirige al acortamiento de la vida, adelantando el momento de la muerte del paciente en caso de una enfermedad incurable. Mientras que la eutanasia indirecta, aunque el resultado como en la anterior va a ser la muerte, aunque esta no va a ser la finalidad principal sino un efecto secundario, como ejemplo de ello podemos hacer referencia al suministro de morfina para calmar el dolor del paciente, que posee como efecto secundario casi siempre el acortamiento de la vida de este.

Una vez vistos las diferentes clasificaciones de eutanasia que existen, la doctrina proporciona diversos conceptos para la eutanasia:

La palabra eutanasia se utiliza en sentido positivo, para hacer referencia a un ideal, a un bien que resuelve los problemas del hombre a la hora de su muerte, reivindicando un derecho vinculado a la dignidad del hombre; así como en sentido negativo, peyorativamente, para hacer referencia a un futuro incierto, una amenaza en el momento final de la vida, denunciando así un ejemplo de crimen totalitario.<sup>4</sup>

Del Cano define la Eutanasia como la *“acción u omisión que provoca la muerte de una forma indolora, a quien la solicita para poner fin a sus sufrimientos”<sup>5</sup>*. De igual manera se pronuncia Tomás y Garrido cuando define la eutanasia como *“una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención de quien la realiza provoca la interrupción de la vida del enfermo grave o también del niño recién nacido mal formado”<sup>6</sup>*.

Ciccione, por otra parte, proporciona una definición más completa, donde se pueden encontrar más variables. Para este autor la eutanasia sería *“la muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre notablemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de forma deliberada por el personal sanitario, o al menos con su ayuda, mediante fármacos o mediante la suspensión de*

---

<sup>3</sup> Declaración de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) sobre la eutanasia, elaborado por la Comisión de Ética, de enero de 2002.

<sup>4</sup> J. Serrano Ruiz-Calderón; Eutanasia y vida dependiente: inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia; Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001, p. 31.

<sup>5</sup> DEL CANO, Marcos, La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico. Ed. Pons, Madrid, 1999, p. 10.

<sup>6</sup> Tomás y Garrido, Gloria María. Cuestiones actuales de bioética. España: EUNSA, 2011. ProQuest ebrary. Web. (P.133)15 March 2015. Copyright © 2011. EUNSA. All rights reserved.

*cuidados vitales ordinarios, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se piensa que ya no es digna de ser vivida.”<sup>7</sup>*

Es interesante la definición por la que aboga Parejo Guzmán, que distingue entre eutanasia y acción eutanásica, considerando la eutanasia como: *“Un ámbito de libertad por el que a toda persona que se encuentra en una situación de enfermedad terminal e irreversible y está ya abocada a una muerte próxima, considerándose que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna, le es reconocida la facultad de decidir, pedir o solicitar que se lleve a cabo la acción eutanásica.”<sup>8</sup>*

Por su parte, Corcoy Bidasolo ofrece una definición más sencilla, en la que entran en juego los diferentes tipos de eutanasia que mencionamos con anterioridad, para este autor, *“El concepto de eutanasia abarcaría la causación (la eutanasia en su vertiente activa directa), aceleración (eutanasia activa indirecta) y no evitación (eutanasia pasiva) de la muerte, siempre, y en todos los casos, que el paciente o los familiares lo consientan”<sup>9</sup>*.

Para finalizar, Roxin afirma que *“Por eutanasia, se entiende la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo, o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle la muerte humanamente digna en correspondencia con sus propias convicciones”<sup>10</sup>*.

Este distanciamiento entre los distintos significados de la palabra se debe a la manera que tiene las distintas personas de ver una misma realidad, dependiendo de su propia manera de entender la significación de la palabra.

Sin embargo, analizando las diferentes y diversas concepciones, se pueden desgajar los elementos esenciales, que, en suma deben aparecer en la eutanasia para que pueda calificarse como tal:

- El fin último de la eutanasia es la muerte del individuo.
- La motivación que lleva al individuo a querer su propia muerte, va a ser la eliminación de un dolor, por el que entiende que la calidad de vida que tiene no es digna.

---

<sup>7</sup> CICCONE, L., Eutanasia, problema cattolico o problema di tutti?, Ed. Città Nuova, Roma, 1991, p. 15.

<sup>8</sup> M. Parejo Guzmán; La Eutanasia ¿un Derecho?; Thomson Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2005, p. 371.

<sup>9</sup> M. Corcoy Bidasolo; “La regulación legal de la eutanasia en el Código Penal español. Propuestas de reformas legislativas”; en B. Mendoza Buergo (Ed.) Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas; Civitas Thomson Reuters, Cizur Menor, Navarra, 2010, p. 307.

<sup>10</sup> “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia”, Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal, Granada, Comares, 2001, p.1.

- La forma en la que puede producirse la muerte, que puede realizarse bien por acción (administrar las sustancias que van a provocar la muerte del paciente) o bien por omisión (lo que refleja negarle al paciente la asistencia médica).

Una vez expuesta la distinta clasificación de la Eutanasia, en el desarrollo del trabajo serán los conceptos de eutanasia activa y pasiva, voluntaria e involuntaria, los que sean utilizados en el análisis doctrinal, jurisprudencial y legal que el presente estudio aborda.

### **3. LA EUTANASIA SEGÚN LAS INSTITUCIONES MÉDICAS NACIONALES E INTERNACIONALES:**

Hay numerosas instituciones médicas tanto a nivel nacional como a nivel internacional que se han pronunciado sobre la eutanasia, ofreciendo diversas definiciones sobre ella y además dando su opinión sobre esta práctica.

En el ámbito nacional la Sociedad Española de Cuidados paliativos (SECPAL), entiende por Eutanasia *“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.”*

La SECPAL ha considerado que la legalización de la Eutanasia en España no es ni oportuna ni prioritaria, ya que consideran que actualmente no sería posible alcanzar un acuerdo social sobre la valoración ética de la eutanasia.<sup>11</sup>

La Organización médica colegial de España (OMC),<sup>12</sup> junto con la SECPAL realizó una Guía de Sedación Paliativa en la que se trata de igual manera la Eutanasia, entendiendo esta como la que *“busca deliberadamente la muerte anticipada (del paciente) tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente”*.

Ambas organizaciones médicas se posicionan en contra de la eutanasia, asegurando que la manera que hay de reducir los casos de petición de eutanasia es *“la correcta formación de los médicos y el desarrollo de los cuidados paliativos.”*<sup>13</sup>

En el plano internacional, la Asociación Médica Mundial (AMM)<sup>14</sup>, define la eutanasia como *“el acto deliberado de poner fin a la vida del paciente”*.<sup>15</sup> Esta asociación está

---

<sup>11</sup> Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de cuidados paliativos aprobada por el Comité Directivo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el 26 de enero de 2002.

<sup>12</sup> La Organización Médica Colegial de España (OMC), está integrada por los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos y por el Consejo General, que son corporaciones de derecho público independientes de la Administración del Estado.

<sup>13</sup> Guía de Sedación Paliativa de la OMC y la SECPAL realizada en Madrid, 29 de octubre de 2011.

totalmente en contra de la eutanasia, afirmando que *“El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética.”*

La Asociación Médica Mundial, considera que la eutanasia entraría en conflicto y sería contraria a los principios éticos básicos de la práctica médica. Por todo ello insta a que tanto las instituciones nacionales de médicos como los médicos no participen en esta praxis aun cuando la legislación del país lo permitiera.

Otra organización internacional médica de las más prestigiosas y relevantes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas que trata temas de la salud, por su parte, define la eutanasia como la *“acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.”*<sup>16</sup>

En este punto también hay que hablar de la influencia que tiene en la eutanasia la religión, la iglesia siempre ha condenado la eutanasia, reaccionando contundentemente a los intentos de legalizarla, así se pronunció Juan Pablo II en la *Evangelium Vitae*, apuntando a que quienes se comprometan con la acción legislativa, tienen la obligación de mostrarse en desacuerdo con toda ley que atente contra la vida humana. Además, consideran que esta práctica no sólo es un grave atentado contra la vida humana sino también un grave atentado contra Dios. La iglesia condena cualquier tipo de homicidio o suicidio, sea cual sea el motivo que se invoque para cometerlo. Así la iglesia católica elaboró un decálogo en torno a este tema en el que daba su opinión a través de diez enunciados sobre la eutanasia:

*“1. Nunca es moralmente lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente.*

*2. Por consiguiente, jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verlo sufrir o no hacerlo sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. Ni el paciente, ni los médicos ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona.*

*3. No es lícito negar a un paciente la prestación de cuidados vitales sin los cuales seguramente morirá, aunque sufra de un mal incurable.*

---

<sup>14</sup> La Asociación Médica Mundial (AMM), fue fundada en 1947 y es una organización internacional creada para asegurar la independencia de los médicos. Proporciona orientación ética a los médicos a través de sus Declaraciones que cubren una amplia gama de temas.

<sup>15</sup> Declaración de la AMM sobre Eutanasia, adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, Octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015.

<sup>16</sup> Sesión 42 de la Asamblea General de la OMS, celebrada en Agosto de 1995. Recuperada de [http://applications.emro.who.int/docs/em\\_rc42\\_7\\_en.pdf](http://applications.emro.who.int/docs/em_rc42_7_en.pdf)

4. No es lícito renunciar a cuidados o tratamientos proporcionados y disponibles, cuando se saben que resultan eficaces, aunque sea solo parcialmente. En concreto, no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma si existe alguna posibilidad de recuperación.

5. No hay obligación de someter al paciente terminal a nuevas intervenciones quirúrgicas, cuando no se tiene la fundada esperanza de hacerle más llevadera su vida.

6. Es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la consciencia y provoquen de modo secundario un acortamiento de la vida del paciente, con tal que el fin de la acción sea calmar el dolor y no acelerar disimuladamente (intencionalmente) su muerte.

7. Es lícito dejar de aplicar procedimientos extraordinarios a un paciente en coma cuando haya perdido toda actividad cerebral. Pero no lo es cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esa omisión le provoca la muerte inmediata.

8. Las personas minusválidas o con malformaciones tienen los mismos derechos que las demás personas, en lo que se refiere a la recepción de tratamientos terapéuticos. En la fase prenatal y en la postnatal se han de proporcionar las mismas curas que a los fetos y niños sanos.

9. El Estado no puede atribuirse el derecho de legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que prevalece sobre el poder mismo.

10. La eutanasia es un crimen contra la vida humana y contra la ley divina, del que se hacen responsables todos los que intervienen en la decisión y ejecución del acto homicida.”

Hay que destacar de aquí que la iglesia está en contra del “ensañamiento o encarnizamiento terapéutico” y que además se postura a favor de usar aquellos medios o medicamentos que sirven para aliviar o suprimir el dolor del paciente, aunque tengan como efecto secundario el del acortar la vida del individuo (como por ejemplo la sedación paliativa).



#### **4. COMPARACIÓN DE LA EUTANASIA CON OTRAS FIGURAS. LOS CUIDADOS PALIATIVOS:**

Es necesario aclarar los conceptos utilizados para analizar la cuestión de la eutanasia, puesto que cercano al momento de la muerte existen una serie de conductas que al instante de su ejecución podrían confundirse con la figura de la eutanasia:

- La distanasia (también llamada obstinación terapéutica, ensañamiento terapéutico o encarnizamiento terapéutico), es una palabra formada por el prefijo griego “dis” que significa obstáculo o dificultad y el sufijo “thanatos” cuyo significado es “muerte”. Es aquella práctica, que se considera contraria a la deontología médica, que pretende posponer el momento de la muerte prolongando artificial e inútilmente la vida de un paciente.

En la Sentencia T-970/14 de la Corte Constitucional de Colombia se definió la distanasia afirmando que *“supone la prolongación de la vida por cualquier medio, incluso, causando efectos perversos en la salud, dignidad y vida del paciente. El objeto de esta práctica consiste en impedir innecesariamente la muerte de la persona”*.

- La adistanasia también denominada antidistanasia, por el contrario, a la distanasia, se refiere a la acción de dejarle de proporcionar al enfermo los soportes que lo mantienen con vida de tal manera que sea el proceso patológico el que termine quitándole la vida al paciente.

Volviendo a citar la anterior sentencia de la Corte Constitucional de Colombia (T-970/14), afirma que la adistanasia *“consiste en la omisión de medios extraordinarios o desproporcionados que mantienen con vida al paciente. En este evento no existen terapias que ayuden al enfermo a prolongar su existencia, pero, tampoco para aliviar su excesivo dolor y sufrimiento”*. La ortotanasia, que proviene del griego “orthos” (recto, justo) y “thanatos” (muerte), al igual que la anterior figura, es la práctica que se alcanza cuando se rechaza el empleo de medios considerados desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida del enfermo. Se conoce también como “muerte digna” puesto que reconoce el derecho que tiene el enfermo terminal de morir cuando naturalmente deba hacerlo, sin en ningún caso alargarle la vida ni tampoco acortársela. Por ejemplo, en el caso de un enfermo terminal como un paro respiratorio, un procedimiento ortotánásico consistiría únicamente en proporcionar el oxígeno para ayudarle al enfermo a pasar el trance.

En esta línea se pronuncia el Código de Deontología Médica en su artículo 36.2 en el que se dice que *“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o*

*terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”.*

Esta figura podemos diferenciarla de la eutanasia en que la ortotanasia nunca pretende intencionalmente la muerte del paciente, situación que si ocurre en la eutanasia.

- La sedación terminal es la *“administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo”*. Esta práctica tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida, sin embargo no se puede considerar eutanasia pues su fin último no es en ningún caso la muerte de la persona.

- El suicidio asistido, consiste en proporcionarle al individuo los medios y procedimientos necesarios para suicidarse (los medicamentos, el asesoramiento sobre la dosis que debe tomar para que sea letal y provoque su muerte así como la prescripción de esos medicamentos o su suministro) para que ella misma pueda causarse la muerte por sus propios medios. Se diferencia de la eutanasia en que mientras en esta la muerte viene directamente producida por la intervención de un tercero, en el suicidio asistido es el propio enfermo quien directamente se quita la vida aunque hay una tercera persona que le pone al alcance los medios necesarios al paciente para hacerlo.

- La cacotanasia, proviene del griego “Kakós” cuyo significado sería “malo” y “thanatos”, muerte. Refleja una mala muerte, y sucede cuando el sujeto manifiesta no querer la muerte. Se diferencia de la eutanasia en que la cacotanasia se impone sin el consentimiento del afectado.

- La autonomotanasia, hace referencia a “la elección voluntaria, solidaria y responsable de la propia muerte entendida como una continuidad del derecho irrenunciable a la autonomía moral para dirigir la propia vida.”<sup>17</sup>

- Los cuidados paliativos por otra parte *“procuran al enfermo calidad de vida y bienestar, rechazando medidas que puedan disminuir esta calidad aunque con ellas se vaya a vivir más tiempo”*<sup>18</sup>, con los cuidados paliativos se da una atención al paciente que no responde al tratamiento, la finalidad de estos cuidados no va a ser curarle sino

---

<sup>17</sup> Rubio Carracedo 1991, p.7.

<sup>18</sup> ARESCA, Laura, “Cuidados Paliativos: Calidad de Vida en el Final de la Vida”

controlar los síntomas que padece debido a su enfermedad. Esta atención va a ser una atención integral en cuanto a que no solamente van a proporcionarse al enfermo los tratamientos necesarios para minorar el dolor que le produce la enfermedad que padece, sino que estos cuidados van a abarcar de igual manera una orientación nutricional, fisioterápicas, terapias ocupacionales, terapias integradoras, etc. De igual manera los problemas que mitigan los cuidados paliativos son de muy diversa índole, en un primer plano los problemas físicos tanto comunes (dolor, fatiga), como extraordinarios (como por ejemplo la cirugía utilizada para reducir el tamaño de tumores). De igual manera intentan solucionar problemas emocionales proporcionando tanto al enfermo como a sus familiares recursos para sobrellevar emocionalmente la situación en la que se encuentran. Con los cuidados paliativos también se trata de dar solución a problemas prácticos del individuo como problemas con el seguro médico o también otras preocupaciones financieras o legales.

Dentro de los cuidados paliativos, se encuentra una figura que debemos delimitar con sumo cuidado pues linda con la eutanasia y es nítida, la sedación paliativa, podemos definirla como “la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios (...) aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable”<sup>19</sup>. Se contempla también la sedación en la agonía, en los casos en los que el paciente que padece la enfermedad se encuentra en las últimas horas o en los últimos días de su vida, esta sedación en agonía es “científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado”<sup>20</sup>.

Este tratamiento produce en muchas ocasiones como efecto secundario un acortamiento de la vida, por lo que han existido numerosas dudas sobre si no puede ser considerado una forma de eutanasia el aplicar estas sustancias analgésicas, a sabiendas de que esto puede acortar la vida del individuo, sin embargo mientras que la sedación paliativa tiene como finalidad la de buscar el alivio del dolor causado por una enfermedad terminal mediante la disminución del nivel de conciencia de la persona, en la eutanasia el fin último es la muerte del paciente con una dosis de fármacos letal.

---

<sup>19</sup> “El derecho a la sedación paliativa” documento elaborado por el Grupo de Trabajo “Atención Médica al final de la vida” Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

<sup>20</sup> Código de Deontología Médica (Organización Médica Colegial de España, 2011) Artículo 36.5.

Por lo tanto "*En la eutanasia das fármacos en una dosis superior a las establecidas por los protocolos para acabar con la vida del paciente, algo que no ocurre en la sedación, donde éste puede despertar de nuevo, aunque si se trata de una persona que está en agonía o en sus últimos días normalmente ya no se despierta, y le proteges sedándole*".<sup>21</sup>

## **5. LA CONTROVERSI A CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA:**

La controversia de la eutanasia se considera con frecuencia como "*una abstracción del contexto político y social del que parte*". Sin embargo, es obvio pensar que las decisiones que se tomen en estos temas van a ser radicalmente opuestas si se toman desde una perspectiva social o desde una perspectiva liberal. Por ello, para analizar la controversia constitucional que se suscita en la eutanasia, es preciso en un primer momento analizar que se considera como filosofía social y que se considera como filosofía liberal y las características que se desprenden de cada uno de ellos.

La filosofía liberal, surge de esta filosofía el Estado liberal que nace como resultado de la Revolución Liberal en sustitución de la Monarquía Absoluta propia del antiguo régimen. Es un sistema político que se considera característico del comienzo de la edad contemporánea y que hace referencia a la configuración del orden jurídico-político de un Estado en el cual el individuo es quien debe tener la posesión de todas las fuerzas que están en él y el Estado únicamente otorga el individuo el mínimo necesario para mantener su permanencia. Por ello al Estado Liberal se le puede considerar como "Estado minimalitario" en contraposición a un Estado totalitario, en el que la libertad se encuentra seriamente reducida y donde el Estado ejerce todo el poder sin ningún tipo de limitaciones.

El Estado Liberal se caracteriza en un sentido amplio, en el plano político por una separación de los poderes y una separación entre Iglesia y Estado. En el plano económico se caracteriza por un respeto absoluto tanto por la propiedad privada como por el libre mercado. En lo que concierne al tema que estamos tratando, es interesante ver con mayor rigor el plano social, para el Estado liberal el valor supremo es la autonomía personal, es decir el derecho que tendría todo individuo a poder elegir su estilo propio de vida, este concepto lo plasmó en una frase John Stuart Mill cuando sentenció que "*sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano*". Esto va a tener numerosas consecuencias: La más importante sería que la ley no se va a preocupar en ninguna manera sobre asuntos de la moralidad personal ni del

---

<sup>21</sup> Álvaro Gándara del Castillo, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECP).

cumplimiento de la moral y por otro lado no hay un consenso social sobre un “conjunto de valores” que se deban proteger por la ley. Por lo tanto podemos deducir de esto que en una sociedad liberal *“la ley no debería influir en evitar que en ciertas circunstancias la gente se quite la vida”*, por lo tanto no debería ser un delito.

En un Estado liberal donde existen minorías étnicas y religiosas, encontramos diferentes concepciones sobre la muerte, pero en esta sociedad no habría razón alguna para que *“los criterios de ciertos grupos religiosos se opongan al punto de vista liberal, ni para que miembros de estos grupos exijan que se conviertan en leyes vinculantes para todos su punto de vista particular”*. Según todo esto, en una sociedad considerada liberal, cualquier legislación que se pronuncie sobre el “derecho a morir”, debe enfocarse sobre el derecho autónomo del paciente de controlar cómo quiere que sea el final de su vida. Por lo tanto el individuo tiene el derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

En la otra perspectiva nos encontramos con la Filosofía republicana o social de la que se impregna el Estado Social, cuyo surgimiento podemos remontarlo a los inicios del Estado Alemán y que actualmente incorpora el concepto de Estado de Derecho y también los conceptos de Estado social y Estado democrático, que han configurado la expresión *“Estado social y democrático de derecho”*. España se constituye en el artículo 1.1 de la Constitución Española como un *“Estado social y democrático de Derecho que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”*.

El Estado social es aquel que se impone a sí mismo, por medio de la ley, *“a proteger y promover la justicia social y el bienestar de todos sus ciudadanos”*. Este modelo de Estado, busca la producción de seguridad y la reducción de incertidumbre social por medio de la generalización de las medidas tanto de intervención social como de intervención económica y la universalización de sus destinatarios. Además, el Estado Social defiende la idea de que sólo puede conseguirse un eficiente ejercicio de los derechos de los ciudadanos, mediante la garantía, por parte del Estado, *“de las condiciones mínimas de existencia material del individuo”*, por lo tanto el Estado tiene el deber de velar por la vida de sus ciudadanos.

Por lo tanto, mientras que en un Estado Liberal, un ciudadano tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo y sobre cuando y cómo quiere que sea el final de su vida, por el contrario en un Estado Social, el Estado tiene una posición de garante de la vida de sus habitantes, por ello la vida es objeto de protección de un modo absoluto en el derecho penal incluso frente a la voluntad de su titular. En el Estado Social aunque la vida sea un bien personal del individuo, este no va a tener reconocido, un derecho a la disposición sobre él.

## **SEGUNDA PARTE: LA EUTANASIA EN EL DERECHO INTERNACIONAL Y COMPARADO**

### **6. CONVENIOS Y TRATADOS INTERNACIONALES:**

Existe un amplio marco jurídico internacional de convenios y tratados en los cuales directa o indirectamente se hace referencia a la figura que estamos estudiando, la eutanasia:

1.Recomendación relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos, adoptada en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 1976: Recomienda la creación de Comisiones nacionales de encuesta (compuestos de representantes de la profesión médica, de juristas, de teólogos moralistas, de psicólogos y sociólogos) que se encarguen de la elaboración de reglas éticas para el tratamiento de los enfermos moribundos, de determinar los principios médicos de orientación en materia de utilización de medidas especiales en vista de prolongar la vida y de examinar la situación en la cual podrían encontrarse los miembros de la profesión médica cuando ellos han renunciado a tomar medidas artificiales de prolongación del proceso de la muerte en los moribundos en los que la agonía haya comenzado y en los cuales la vida no puede ser salvada en el estado actual de la ciencia médica o cuando ellos han intervenido tomando medidas destinadas ante todo a mitigar los sufrimientos de tales enfermos y de examinar la cuestión de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces, autorizando a los médicos a renunciar a las medidas para prolongar la vida, en particular en el caso de la detención irreversible de las funciones cerebrales.

2. Código internacional de la Ética Médica (1949): Se recoge como deberes de los médicos el preservar la vida humana desde el momento de la concepción.

3. Declaración de Venecia sobre la Enfermedad terminal, adoptada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983: Donde se señala que el deber del médico es curar y aliviar el sufrimiento no habiendo ninguna excepción a este principio aún en caso de enfermedad incurable o de malformación. De igual manera se señala que los principios anteriormente citados no excluyen que: el médico pueda aliviar el sufrimiento manifestado a lo largo de una enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente, o de su familia inmediato en el caso de no poder expresar su propia voluntad y además de que el médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el enfermo.

4. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Atención de Pacientes con Fuertes Dolores crónicos en las Enfermedades Terminales. Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial. Rancho Mirage, California, EE. UU, octubre 1990: En la que se dice que la atención de personas con enfermedades terminales con fuertes dolores crónicos, debe proporcionar un tratamiento que permita a dichos pacientes poner fin a sus vidas con dignidad y motivación.

5. Protección de los enfermos en la etapa final de su vida, asamblea parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999: La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha aprobado una recomendación a los Estados Miembros (Entre los que figura España) sobre la protección de los agonizantes en la etapa final de su vida. El texto aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia. Reconociendo que el deseo de morir de un enfermo terminal o de una persona moribunda no puede, por si mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.

6. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia, adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005: “La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida del paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”.

7. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el suicidio con ayuda médica, adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, Septiembre de 1992 y revisada en su redacción por la 170 Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005: “El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el medico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de realizar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere”.

8. El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Ratificado por España por Instrumento de 23 de julio de 1999 y con entrada en vigor el

1 de enero de 2000: En el que se regula el consentimiento previo, libre e informado de la persona que se somete a una intervención sanitaria.

9. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de 2005: Fija como principios básicos la dignidad, la integridad personal y el principio de autonomía de la persona. Sobre el consentimiento informado regula de manera detallada su contenido y los casos a los que se extiende.

10. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hecha en Nueva York, de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España el 23 de noviembre de 2007, con entrada en vigor el 3 de mayo de 2008 y concretada en la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: También promulga los principios de dignidad inherente a las personas, con independencia de que sea discapaz.

11. La Carta de Derechos Fundamentales, hecha en Niza el 7 de diciembre de 2000: Reconoce con carácter general la dignidad humana (art.1), el derecho a la vida (art.2), a la integridad física y psíquica (art.3), y a no sufrir tortura y ni tratos inhumanos o degradantes (art.4); el derecho al respeto a la vida privada (art. 7) y a la protección de datos de carácter personal (art.8). La Carta de Derechos Fundamentales exige respetar “el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley”, “la prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas” (art.3).

12. El artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos reconoce la obligación que tienen los Estados de proteger la vida humana, frente a los ataques que la misma pudiera sufrir por parte de particulares y de los propios órganos del Estado.

La cuestión que se suscita aquí es si ese artículo 2 ampara igualmente al ser humano frente a la propia voluntad de poner fin a su existencia que manifieste el individuo.

¿Existe en este sentido una obligación por parte del Estado en conservar la vida humana, en cualquier caso, aún en contra de la voluntad del individuo?

Se encuentran aquí presentes y son objeto de análisis la propia dignidad de la persona dentro del libre desarrollo de la personalidad, a la hora de determinar el final de su existencia en estados de agonía, degeneración física o psíquica irreversibles, incluso en aquellos supuestos en que simplemente el individuo no desea seguir viviendo.

Se pone aquí en juego, según el propio TEDH en su aplicación del meritado precepto, el conflicto que tiene el Estado de preservar la vida del individuo aún contra la voluntad de este y la posible capacidad de disposición sobre su propio cuerpo y su vida.



En este sentido el artículo 8.1 de la Convención reconoce la libertad privada de la persona con lo cual esto parecería predisponer al deber de respeto que debiera tener el Estado frente a la capacidad de libre decisión del individuo, por ejemplo a la hora de abordar la alimentación forzosa.

No obstante ex artículo 8.2 del Convenio, parece que si sería factible una intervención del Estado en este sentido cuando existe un especial deber de vigilancia y cuidado, por ejemplo en el ámbito de hospitales, psiquiátricos, centros penitenciarios, donde la Administración tiene el deber de evitar la comisión de suicidio por la propia obligación legal que tiene asignada de tutela y protección del ciudadano.<sup>22</sup>

## 7. DERECHO COMPARADO:

Se debe abordar desde el punto del derecho comparado, las diversas formas que han tenido los diferentes estados de abordar el tema de la eutanasia, escogiendo para ello una serie de países que o bien el tema de la eutanasia es un tema de actualidad o bien son legislaciones que muy separadas de la española podría suponer una línea a seguir en países como el nuestro.

En primer lugar Bélgica, aprobó la eutanasia el 28 de mayo de 2002, ley que entró en vigor 20 de septiembre de ese mismo año. Únicamente despenalizó con esa ley la eutanasia puesto que el suicidio asistido no era una conducta típica ni punible en este país. En esta ley Belga, se establecen una serie de requisitos para que se pueda practicar la eutanasia a una persona, siendo estos:

- Que sea una petición reiterada, que puede hacerla en un documento de voluntades anticipadas (que tiene que tener una vigencia inferior a 5 años).
- Que la persona sufra un padecimiento que puede ser tanto físico como psíquico que haya sido causado por una enfermedad muy grave y que sea incurable.

El médico tiene que:

- Informar al paciente sobre la existencia de los cuidados paliativos.
- Reiterar el diálogo en plazos de tiempo razonables.
- Debe además consultar otro médico que sea independiente y éste debe realizar un informe valorando al paciente.
- También recopilar información del equipo cuidador (en caso de que exista).

---

<sup>22</sup> Decisión de ComEDH de 31 de agosto de 1994. M.VA./FRANCIA demanda n. 21788/93 D&R 79-A par.59.

- Procurar que el paciente consulte su decisión con otras personas de su entorno cercano.
- Lo más importante, dejar pasar unos meses entre la petición del paciente de someterse a la eutanasia y la eutanasia.

Una vez ha sido practicada la eutanasia el médico debe en el plazo de cuatro días enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación (CFCE)<sup>23</sup> la documentación completa.

Es importante señalar el tratamiento de los menores en la eutanasia en este país. Bélgica es el segundo país (después de Holanda) en despenalizar esa controvertida práctica médica en menores de edad desde el año 2014 (con 86 votos a favor, 44 en contra y 12 abstenciones) y además es el único país en el mundo donde se puede aplicar la eutanasia sin límite de edad únicamente evaluando su madurez mental. A favor de esto se pronunció el profesor Wim Distelmans, presidente del Comité Federal de Control y Evaluación sobre la Eutanasia de Bélgica afirmando que “Hay, afortunadamente, muy pocos niños que se ajustan a estos criterios, pero eso no quiere decir que debemos negarles el derecho a una muerte digna”. De igual manera, el 74% de la población respalda la extensión de la ley a los menores. La ley impone ciertas condiciones para que un menor pueda solicitar la eutanasia “la solicitud debe contar con la aprobación de sus padres y de un equipo médico, la enfermedad debe ser terminal y el paciente debe sufrir dolores que no puedan ser aliviados por ningún tratamiento médico”. También hay que apuntar que a diferencia de los mayores de edad, los menores de 18 años no pueden pedir la eutanasia por “problemas psicológicos”, únicamente por padecimientos físicos extremos.

En Suiza, la eutanasia sigue penalizada, sin embargo, la ley no prohíbe expresamente el suicidio asistido y ante este vacío legal el Tribunal Federal Suizo afirmó en noviembre de 2006 que el suicidio asistido era legal y que “se derivaba del derecho a decidir de las personas, independientemente de su estado de salud”. El tribunal de igual manera afirmó que “toda persona en pleno uso de sus capacidades mentales tiene el derecho a decidir sobre su propia muerte”.

Un año más tarde, en 2007, dicho tribunal también permitió la posibilidad de que las “personas aquejadas de problemas psíquicos o psiquiátrico pudieran recibir ayuda para suicidarse”. En el año 2013 se facilitó con la sentencia número 67810/10 de 14 de mayo la ampliación de los supuestos en los que podía pedirse el suicidio asistido al supuesto de personas que estaban sanas (sin enfermedades terminales), por el simple

---

<sup>23</sup> La Comisión Federal de Control y de Evaluación está compuesta por ocho médicos: cuatro de los cuales deben de ser profesores universitarios, cuatro profesores universitarios de derecho y cuatro personas del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables.

deseo de la persona, que se considera que padece un “sufrimiento vital”, concepto que es general y sin duda impreciso.

Las asociaciones que ofrecen este servicio de ayuda al suicidio, en un marco de vacío legal (ya que como se dice anteriormente la ley no permite expresamente esta figura), exigen unos requisitos para ayudar al paciente a morir:

- El paciente debe tener en todo momento la capacidad de discernir.
- El paciente deberá ser capaz de auto administrarse el compuesto que le causará la muerte por su propia mano.
- Además, se requiere que la persona que ayuda a morir, no exista una motivación económica.

Hay que destacar que cada año, más de mil europeos (sobre todo alemanes y británicos) viajan a Suiza en busca de una muerte digna, siendo los costos finales del servicio muy variables, llegando a pagar incluso 10.500 euros por el servicio a lo que habría que añadir los gastos del viaje. Esta elevada suma de dinero provocó que las instituciones de ayuda al suicidio (Dignitas, Exit y AMD)<sup>24</sup> se vieran en múltiples ocasiones envueltas en denuncias ante la justicia sobre la ética de su trabajo, sin que en ninguna ocasión dichas denuncias prosperasen.

En Alemania, la “eutanasia pasiva”, como la desconexión de un paciente de una máquina, no es ilegal si el paciente ha prestado su consentimiento. La situación es similar en Austria. La eutanasia se puede decidir si es inequívoca a la voluntad de los pacientes (este acto va a ser considerado como un acto de “suicidio”). El hecho de que el legislador alemán no haya penalizado nunca la colaboración al suicidio no es fruto de un debate social ni de una deliberación legislativa en este sentido.

En la república francesa, la “muerte” está regulada principalmente por dos leyes: La ley de 2002 sobre los derechos de los enfermos y la ley “Léonetti” de 22 de abril de 2005 relativa a los derechos de los pacientes en el fin de la vida.

La idea general es de favorecer los cuidados paliativos, de prohibir la “eutanasia activa” y de prevenir que el médico practique una “obstinación no razonable” sobre los cuidados de los enfermos en el final de su vida. Debe existir un equilibrio entre el hecho de evitar los sufrimientos considerados inútiles que se estima que está condenado a la muerte, y el de mantenerlo con vida.

La ley de 2002 tiene es el resultado de la reformulación del Código de deontología médica, el cual dispone que el médico:

---

<sup>24</sup> Suiza cuenta con tres organizaciones que dan apoyo a las personas que solicitan el suicidio, Exit, que actúa en los cantones de habla germánica e italiana, AMD, en los cantones franceses y por último, la organización más famosa es Dignitas, para las personas extranjeras que vayan a Suiza para recibir ayuda al suicidio.

“Debe abstenerse de toda obstinación terapéutica irrazonable. Aquellos tratamientos que la investigación reconozcan que son inútiles, desproporcionados o que no tienen otro objeto que el de mantener la vida de una manera totalmente artificial”.

En el caso del Reino Unido, los diputados británicos rechazaron el proyecto de ley de muerte asistida en 2015, por cuarta vez en apenas nueve años (con 330 votos en contra y únicamente 118 diputados a favor). El análisis de las decisiones médicas al final de la vida en este país muestra “una menor incidencia relativa de eutanasia, suicidio asistido y eutanasia sin consentimiento explícito y una mejor incidencia relativa a la decisión de no iniciar o retirar tratamientos que prolonguen la vida, con respecto a otros países europeos”. Esto sugiere la mayor importancia en Reino Unido de los cuidados paliativos en las decisiones médicas al final de la vida.

En Bélgica, el debate de la eutanasia comenzó ya en el año 1997 debido a una recomendación del Comité Consultivo de Bioética Belga, que instaba a la reglamentación de dicha práctica. No es sin embargo hasta el 16 de mayo de 2002 cuando se aprueba una ley a favor de la eutanasia, en la que se requiere que esta sea voluntaria, meditada, reiterada y sobre todo no debe ser la eutanasia el resultado de presiones externas. El derecho de la eutanasia en este país se contempla para mayores de edad y de igual manera para menores que se encuentren emancipados, ambos deben ser capaces y conscientes en el momento de la solicitud. En Bélgica para garantizar que la eutanasia sea voluntaria, el médico en todos los casos, debe informar al enfermo tanto de su estado de salud actual como del pronóstico para el futuro, además de decirle de una forma clara, todos los posibles tratamientos que existan (incluidos los cuidados paliativos). Una vez realizado todo esto, el médico debe de valorar que el paciente realmente quiere la eutanasia y que actúa de una manera libre y voluntaria.

La situación que se exige al paciente para la práctica de la eutanasia es una “situación clínica sin esperanza, que comporte un sufrimiento físico y psíquico constante e insoportable, que no pueda ser soportado y además que sea grave e incurable”. El médico que valora que realmente existe este padecimiento, debe contrarrestar sus opiniones con otro compañero de su profesión.

Cuando finalmente ambos médicos llegan a la conclusión de que realmente el paciente padece esa enfermedad grave e incurable que le produce un sufrimiento insoportable, se pasa a la práctica de la eutanasia, cuyo control recae en una comisión (formada por médicos, juristas y expertos en bioética). El facultativo envía toda la

documentación pertinente a dicha comisión, en un periodo no superior a cuatro días desde el deceso del paciente<sup>25</sup>.

Holanda, por su parte, fue el primer país en legalizar la eutanasia (la norma entró en vigor el 1 de abril de 2002), esta ley define la eutanasia como “toda intervención del médico para causar la muerte del paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable, a petición expresa de este”. En el artículo 2 de esta ley se establecen una serie de requisitos que son necesarios para que se le pueda practicar la eutanasia sin que esta resulte punible (si se incumplen los requisitos el facultativo puede ser penado con hasta 12 años de cárcel):

- Que la persona a la que se le va a practicar la eutanasia o bien el suicidio asistido sea residencia en Holanda.
- Que el médico esté convencido y seguro de que la petición del moribundo la ha realizado de forma voluntaria, meditada y expresa sus deseos. La voluntad en Holanda también puede ser manifestada en un documento de voluntades anticipadas.
- Que el médico constate que se trate de un dolor insoportable sin esperanzas de que ese padecimiento fuese a mejorar en un futuro.
- Que el paciente haya sido debidamente informado tanto de su enfermedad, como de las posibles alternativas que existen, así como también las perspectivas de desarrollo o cura de la enfermedad a largo plazo.
- Que el médico haya consultado a otro facultativo y que este haya corroborado que se han cumplido todos los requisitos necesarios. En caso de que el paciente sufriera un padecimiento psicológico y no físico es necesario consultar a dos facultativos, estos facultativos van a tener que ir a ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre su valoración.
- Que la eutanasia se realice con el máximo cuidado y profesionalidad.

Al igual que sucedía en Bélgica y como anteriormente se ha dicho, Holanda fue el primer país en despenalizar la eutanasia para menores de edad, con la ley de 1 de abril de 2002 se preveía la ayuda a morir para los jóvenes desde los 16 hasta los 18 años que lo solicitaran por escrito (artículo 3 sección 2 de la ley), así como para los

---

<sup>25</sup> Dicho informe es anónimo y únicamente consta de género, edad, fecha y hora del fallecimiento, patología, naturaleza del sufrimiento y razón de la solicitud de la eutanasia. En cuanto a la información que se aporta sobre el médico, tiene que recoger la metodología y procedimiento, así como la valoración que clarifica que la decisión del paciente fue reflexiva y sin presión externa. Sólo cuando existe sospecha se rompe el anonimato y se procede a la revisión del resto de la documentación aportada.

adolescentes capaces de consentimiento, desde los 12 años hasta los 16, con la única condición de que sus padres o tutores den su consentimiento a la petición personal de los individuos afectados por una enfermedad que se considere que le está sometiendo a un padecimiento grave e incurable (artículo 4, sección 2).

También se puede permitir en caso de recién nacidos, Holanda cuenta con el denominado Protocolo de Groningen<sup>26</sup>, en el que se obliga a confirmar que el recién nacido no tiene futuro y que está soportando grandes dolores, siempre se debe de realizar con el consentimiento de los padres.

También hay que destacar que la aplicación de la eutanasia en Holanda aumentó un 10% en 2016 hasta sumar 6.091 casos (un 4% de las muertes registradas en el país). Un 83% de los enfermos padecía cáncer, problemas cardíacos y respiratorios, o bien enfermedades neurológicas (como esclerosis múltiple o Párkinson). Entre el resto destacan 61 personas (4%) “con un conjunto de problemas agudos derivados de la ancianidad”; 32 con Alzheimer o procesos similares (2%), y 4 (1%) aquejadas de trastornos psiquiátricos graves.

Por último, en Estados Unidos la eutanasia está prohibida, sin embargo, algunos estados permiten que los médicos ayuden en el suicidio asistido, bajo estrictas condiciones y requisitos. En 1994 y tras un referéndum a tal efecto, el estado de Oregón fue el primer estado norteamericano en permitir el suicidio asistido para los enfermos con el 51% de los votos, sin embargo, en 1995 fue declarado inconstitucional, hasta el año 1997, año en el que nuevamente se aprobó y esta vez con el 60% de los votos. En 2006 el Tribunal Supremo rechazó un intento del gobierno federal para revocar el Acta de Muerte Digna de Oregón. Los requisitos para ese “suicidio asistido” son los siguientes:

- Debe de ser un paciente terminal con una esperanza de vida inferior a seis meses.
- Debe ser mayor de 18 años, ser plenamente capaz y no presentar síntomas de depresión.
- El paciente debe haber formulado dos peticiones de asistencia al suicidio con un intervalo mínimo de dos semanas, por escrito y en presencia de dos testigos, uno de los cuales no debe de tener relación con él.

---

<sup>26</sup> Protocolo de Groningen: Protocolo publicado en el año 2005 por la Facultad de Medicina de la Universidad de Groningen (Holanda), que establece unas recomendaciones a seguir por los pediatras ante los niños nacidos con graves problemas de salud.

- Dos médicos (el que atiende al paciente y el consultor) deben informar por escrito de las condiciones del enfermo y tienen que descartar como se apuntaba anteriormente que la petición sea debida a un cuadro depresivo.
- Los médicos deben recetar, sin embargo, en ningún caso administrar, las dosis letales para producir la muerte del paciente, por lo que es el propio sujeto el que debe de ser capaz de tomarlas por él mismo.
- Los médicos, no es necesario que estén presentes en el momento en el que el paciente se toma la dosis letal.
- El médico debe siempre presentar un informe detallado.

Por otro lado esta ley protege al médico que prescribe el fármaco siempre que haya cumplido los requisitos y actuara de “buena fe” y también protege la objeción de conciencia, reconociendo el derecho que tienen los médicos a negarse a prescribir fármacos letales, incluyendo también que el facultativo no tiene la obligación de derivar ese paciente que solicita el suicidio asistido a otro médico que si sea favorable a tal práctica y la única exigencia que le marca la ley sería proporcionar el historial médico del enfermo, si el médico que realiza el suicidio asistido así se lo requiere.

## **8. LOS CASOS JURISPRUDENCIALES QUE PLANTEAN EL DEBATE IUSFUNDAMENTAL (EN ESPAÑA Y EL EXTRANJERO):**

Tanto en España como en el extranjero encontramos diversos casos jurisprudenciales bien de muerte de un paciente bien de pedida por parte de un paciente o de sus familiares más cercanos de la eutanasia o el suicidio asistido. Estos casos siempre generan una fuerte polémica en la sociedad y en buena parte reabren el debate de la legalización de esta práctica y de cómo deberían afrontarse y legislar los diversos países el fin de la vida.

Debemos hacer una especial mención en el desarrollo de este trabajo de las Sentencias más importantes que en el ámbito español y en el internacional han venido

a configurar y fijar los límites y el posicionamiento que los distintos ordenamientos jurídicos adoptan con respecto al tema de la Eutanasia.

En el caso español, es interesante mencionar la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio.

En esta sentencia se mencionaba el importante tema, esencial en el asunto que tratamos, de la propia disponibilidad de la vida al ponerla en riesgo con la práctica de una huelga de hambre.

Se planteaba ante el TC el caso de unos presos del Grapo que iniciaron una huelga de hambre y la justicia había determinado que debían ser alimentados a la fuerza, en el momento en que su salud comenzara a correr peligro.

Los afectados recurren en amparo, solicitando justicia gratuita y fundan su petición de amparo aduciendo que “el Estado debe garantizar el valor superior de la libertad (art. 1.1 C.E.), en cuanto «autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias» (STC 132/1989), a la que los recurrentes en ningún momento han renunciado.”

Alegaban que impedirles este ejercicio era negar al individuo todo poder configurador de su vida y su muerte.

Entendían los recurrentes que: “El derecho a la vida del art. 15 de la C.E. no es un derecho absoluto. Se trata de defender una vida digna, no vegetal, por lo que la alimentación forzosa por medios mecánicos supone un trato degradante, como así lo ha entendido la Asociación Médica Mundial en la 29.a Asamblea celebrada en Tokio en octubre de 1975, y es contraria a los arts. 3 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950 -en adelante CEDH-, 10.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 16 de diciembre de 1966 -en adelante PIDCP- y 2.2 de la Convención de Nueva York contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de 10 de diciembre de 1984”.

En este caso concreto debemos recordar que quienes habían iniciado la huelga de hambre eran reclusos, por lo tanto personas que en esos momentos se encontraban cumpliendo pena privativa de libertad y reclusos en un establecimiento penitenciario.

En estos casos, la tutela de su salud es competencia de la Administración, que tiene que adoptar las medidas necesarias para mantener la integridad de los reclusos y la protección de su salud.



Es en este contexto, que afirma el Ministerio Fiscal, que “el problema radica en la contradicción existente entre la libertad de los recurrentes para llegar a la muerte no deseada, aunque tampoco excluida, como forma de protesta contra una decisión de la Administración penitenciaria que consideren contraria a su ámbito personal y la obligación legal de la Administración de mantener la vida e integridad física de los recurrentes.”

Por lo demás, finaliza el Ministerio Fiscal, “la resolución impugnada pondera con una cuidada argumentación la proporcionalidad del sacrificio al limitar los derechos de los internos, tratando de que se cumpla el deber de asistencia impuesto en la LOGP para evitar un resultado irreversible como es la muerte, sin que pueda olvidarse que la limitación de la libertad personal de autodecisión es materia que afecta a la salud de los internos y de la que se hacen derivar todos los derechos fundamentales que se suponen vulnerados por la resolución impugnada viene impuesta por la Ley penitenciaria, de acuerdo con el art. 25.2 de la C.E.”

Es justamente esta ponderación y proporcionalidad la que tendrá que enjuiciar el TC a la hora de valorar si se había producido una conculcación de un derecho fundamental, en la aplicación de la Ley penitenciaria, de conformidad con el precepto *ut supra* citado.

El TC consideró que en este supuesto la intervención médica forzosa implicaba valores humanos de especial relevancia y transcendencia en todos los sectores de nuestro ordenamiento jurídico.

Es por ello que consideró el TC que nos encontrábamos en el mundo de la axiología, por la pluralidad de valores éticos, sentimientos religiosos y profundamente arraigados, ideológicos, que entraban en juego y cuyos límites intrínsecos y extrínsecos era imprescindible ponderar y regular.

La cuestión en este sentido consistía en determinar, desde la perspectiva de los referidos derechos fundamentales, y tal como indica el fundamento jurídico 6, la licitud constitucional de una resolución judicial que ordena a la Administración penitenciaria “dar asistencia médica obligatoria y en especial alimentar incluso contra su voluntad a los recurrentes cuando, como consecuencia de la huelga de hambre que siguen, se vea en peligro su vida, aunque excluyendo en todo caso la alimentación por vía bucal mientras se mantengan conscientes”.

Tras la efectuación de dicha ponderación, el TC, en su fundamento jurídico 7, establece que:

«Tiene, por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positivo 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 manifestación del "agere licere", en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que su 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 art. 15 el derecho a la propia muerte».

Por consiguiente, la principal conclusión que se puede extraer de esta resolución tan importante, es que desde la perspectiva del derecho a la vida, la asistencia médica obligatoria autorizada por la resolución judicial recurrida no vulnera dicho derecho fundamental, porque en éste no se incluye el derecho a prescindir de la propia vida, ni es constitucionalmente exigible a la Administración penitenciaria que se abstenga de prestar una asistencia médica que, precisamente, va dirigida a salvaguardar el bien de la vida que el artículo 15 de la Constitución protege.

En este sentido el TC no consideró que hubiera un quebrando de la libertad ideológica ni de la dignidad de los reclusos, al adoptarse la medida de alimentación forzosa.

Si nos podemos plantear si nos encontramos ante una reducción de derechos para los reclusos, puesto que sólo en este ámbito, es donde no podrían oponerse a dicha alimentación forzosa debido a la sujeción que tienen frente a la Administración y el especial deber de tutela que la misma tiene para proteger a los mismos.

En aquellas personas no privadas de libertad, dicha circunstancia no concurriría y la misma Ley de Autonomía del Paciente, ya citada, reconoce el derecho a oponerse a recibir tratamiento médico por parte del paciente.

Finalmente aquí hay que indicar que la voluntad de los recurrentes en la meritada sentencia era oponerse a ciertas políticas penitenciarias de traslado de reclusos, pero que su oposición era moral o ideológica, sin estar situada en la libre disposición de la vida, en el sentido de causarse la muerte.

De este modo indica el Tribunal Constitucional que:

“Una cosa es la decisión de quién asume el riesgo de morir en un acto de voluntad que sólo a él afecta (en cuyo caso podría sostenerse la ilicitud de la asistencia médica obligatoria o de cualquier otro impedimento a la realización de esa voluntad) y cosa bien distinta es la decisión de quienes hallándose en el seno de una relación especial penitenciaria, arriesgan su vida con el fin de conseguir que la Administración deje de ejercer o ejerza de distinta forma potestades que le confiere el ordenamiento jurídico, pues en este caso la negativa a recibir asistencia médica sitúa al Estado, en forma arbitraria, ante el injusto de modificar una decisión, que es legítima mientras no sea judicialmente anulada, o contemplar pasivamente la muerte de personas que están bajo su custodia y cuya vida está legalmente obligado a preservar y proteger”.

Hay dos votos particulares en esta sentencia, emitidos por Don Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo Ferrer y Don Jesús Leguina Villa.

Ambos discrepan en cuanto a la posibilidad de limitar la autonomía de la voluntad en estos supuestos desde la situación de sujeción especial en la que se encuentran los reclusos frente a la Administración y a su vez, se plantea el hecho de que la licitud o ilicitud de la reclamación de los penados pueda tener relevancia en estos supuestos.

Esto es así, porque pudiera darse la circunstancia en que una huelga de hambre en la que los huelguistas que estuvieren cumpliendo condena, pudieran perseguir con la misma un fin lícito y entonces según la argumentación de la sentencia, dicha huelga de hambre debiera ser permitida por Instituciones Penitenciarias.

A su vez, cabe citar la reciente sentencia de 4 de noviembre de 2009, en la que la Audiencia Provincial de Tarragona condenó al médico Marcos Ariel Hourman, por inyectar cloruro potásico a una paciente que, sin que quedara constancia, solicitó al doctor que se pusiera fin a su sufrimiento.

Es interesante este caso porque en el mismo los familiares de la fallecida no interpusieron denuncia contra el facultativo, pues siendo conscientes del cuadro clínico en el que se encontraba su familiar, entendían que el médico había actuado humanamente con la misma.

A pesar de esta postura y de que el Ministerio Fiscal, que sí continuó la denuncia, rebajando su solicitud de pena a la de homicidio imprudente y alcanzando un acuerdo en procedimiento abreviado, quedó en suspenso la pena junto con un año de

inhabilitación, también dio credibilidad a las palabras del facultativo con respecto a la voluntad de la paciente de terminar su sufrimiento.

No obstante en este caso la Fiscalía consideró que con sus palabras, de las que no dudó, pero de las que tampoco pudo aportarse prueba a lo largo del procedimiento, no se podía extraer expresamente que la mujer le estuviera solicitando al médico que se le causa la muerte.

Por otra parte la denuncia, como ya se indicó, no fue interpuesta por los familiares sino por el propio Hospital, que se vio en obligación de hacerlo, debido a que el facultativo hizo constar en su informe que se había inyectado a la paciente cloruro potásico.

Esta cuestión es importante destacarla porque sin que quede constancia en el informe médico, se podría estar hablando de una práctica generalizada o habitual al menos en los hospitales, de las que todos serían conscientes, pero de la cual no se registraría su comisión en el historial clínico del paciente.

Esto es importante porque llegados a este punto, se podría estar sancionando verdaderamente, a la persona que fuera sincera en su praxis y notificara la realización de dicha conducta.

Por otra parte uno de los casos más relevantes en España sobre eutanasia, es el del tetraplégico Ramón Sampedro, cuya causa fue sobreseída en marzo del 2005, certificando el Juzgado de Instrucción número 2 de Ribeira (A Coruña) que las responsabilidades penales de Ramona Maneiro por el suicidio asistido, en enero de 1998, habían prescrito.

Este caso, que incluso llevo a producir la película “mar adentro”, saltó a la fama cuando una videocámara recogió el momento en el que el enfermo a través de una pajita ingirió el cianuro que le produjo la muerte.

Las imágenes causaron convulsión en todo el país.

Años después, la persona que desde el principio había sido procesada por haber cometido un delito de eutanasia no ejecutiva, Ramona Maneiro, confesó que fue ella quien puso en la mesilla de noche del tetraplégico un vaso de agua mezclada con cianuro y una pajita por la que Sampedro sorbió la mezcla letal.

“Luego conectó una cámara de vídeo para captar el momento de su muerte, unas imágenes con las que Sampedro pretendía demostrar a la justicia que su suicidio

había sido voluntario y plenamente consciente tras fracasar en su batalla judicial por el reconocimiento del derecho a la eutanasia.”

Cuando se detuvo a Mainero en 1998, tras fallecer Sampedro, no confesó.

La causa judicial fue cerrada meses después al no encontrar la Guardia Civil pruebas incriminatorias y Ramona Maneiro mantuvo el secreto hasta enero de 2005, cuando confesó en un programa de televisión.

Vemos como en este caso meras cuestiones procedimentales, impidieron un pronunciamiento en el fondo sobre el asunto en cuestión, que es la posibilidad de determinar la posibilidad o no de que la persona pueda decidir sobre su propia vida y si es lícito o no poderla ayudar en ese proceso.

Hay que hacer mención también a la Jurisprudencia Internacional en relación con el tratamiento legal que desde los distintos ordenamientos, han venido a regular la materia, en todo el mundo.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), en Sentencia del TEDH Alda Gross vs. Suiza (nº 67810/10) del 14 de mayo 2013, resuelve la petición de suicidio asistido de Alda Gross, una anciana suiza que no padece ninguna enfermedad terminal pero que no soporta el deterioro físico de su cuerpo, por lo que pide un dosis de pentobarbital.

Es muy importante citar esta sentencia porque viene a suponer un cambio en la jurisprudencia que el TEDH había mantenido hasta ese momento sobre el suicidio.

Esto es así porque en la anterior sentencia de Haas v. Suiza, en enero de 2011, donde el reclamante era un enfermo psiquiátrico- se antepuso la potestad del Estado para limitar el poder de poner fin a la vida.

Esto supone un muy importante cambio puesto que si, hasta ahora, el Tribunal de Estrasburgo había inclinado la balanza hacia el derecho de los Estados a vetar o poner límites al suicidio asistido, la nueva sentencia pone el acento en “el derecho a la autonomía, hasta el punto de que no considera que sea preciso una enfermedad para reclamar el suicidio asistido. El fallo se cierra con una matización que parece evitar in extremis una proclamación del derecho a morir.”

En cuanto a la valoración jurídica que se puede extraer, podemos decir que la sentencia Gross significa que el Estado se convierte en garante de la muerte de sus

ciudadanos, porque reconociendo un DERECHO adquiere una obligación positiva de que nada se interponga en su realización.

A su vez también cabe citar la Sentencia TEDH (Gran Sala), asunto Lambert y otros contra Francia, de 5 de junio de 2015.

En este asunto la corte declara que no ha habido violación del artículo 2 de la Convención en la decisión de retirar soporte vital a paciente en estado vegetativo.

Los antecedentes de hecho en dicho asunto eran los siguientes:

Vincent Lambert, sufrió un accidente de tráfico en 2008 que le causó un grave traumatismo craneal y le dejó tetrapléjico y postrado en una cama.

Ingresado en el hospital universitario de Reims, su esposa y sus cuidadores iniciaron el procedimiento para aplicar la Ley Leonetti de 2005, sobre los derechos de los enfermos y el fin de la vida.

El doctor Eric Kariger, jefe del servicio de cuidados paliativos de ese centro sanitario, anunció hace un año que se interrumpiría la alimentación e hidratación artificiales a Lambert el 13 de enero de 2014, pero los padres y otros dos los hermanos de Lambert, consiguieron impedirlo por la vía judicial.

La esposa y un sobrino de Lambert, junto con varios hermanos de Vincent Lambert, además del centro hospitalario, recurrieron ante el Consejo de Estado, que, tras consultar con diferentes organismos médicos, declaró legal la desconexión.

En su sentencia, el TEDH se limitó a "examinar el respeto por parte del Estado de sus obligaciones positivas que derivan del artículo 2 de la Convención".

Una vez efectuado dicho análisis, vino a declarar que "no hay violación del artículo 2 (derecho a la vida) de la Convención Europea de Derechos Humanos" en la sentencia del Consejo de Estado francés.

Pese a ello, la corte constata que "no hay consenso" entre los 47 países miembros del Consejo de Europa, por lo que considera que "hay lugar para otorgar un margen de apreciación a los Estados".

El caso Lambert no tiene, en puridad, precedentes en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo puesto que sus jueces nunca antes se habían expresado sobre el fondo de un asunto que concierne a la prolongación artificial de la vida.

Según los casos registrados por el propio tribunal, el más parecido al de Lambert que ha llegado a Estrasburgo es el de Eluana Englaro. En aquella ocasión, sin embargo, ni siquiera llegaron a analizarlo. “La justicia italiana dictaminó que se podía retirar la alimentación y la hidratación artificiales a Eluana (en estado vegetativo tras un accidente de tráfico) y los jueces europeos rechazaron analizar el recurso de las asociaciones provida por considerar que no eran parte directamente implicada.”

Tampoco admitieron por la misma causa el recurso presentado para defender el derecho a morir del español Ramón Sampedro.

En el caso de la británica Diane Pretty, que sufría una enfermedad degenerativa, los jueces dieron la razón a la justicia de su país, que no quiso otorgar al marido la potestad de matarla sin ser perseguido penalmente por ello.

Los jueces consideraron, además, “que la mujer no soportaba un tratamiento inhumano.”

En el de un suizo que quiso acogerse al suicidio asistido determinó que aún podía recurrir a otro especialista para que le prescribiera el medicamento que pusiera fin a su vida y en el caso de un tetrapléjico alemán el Tribunal de Estrasburgo pidió a la justicia del país que analizara previamente el asunto; cosa que no había hecho. En el cuarto caso juzgado, el tribunal europeo pidió a las autoridades suizas que clarificaran su marco jurídico respecto al suicidio asistido.

En el caso Lambert, cabe destacar que los jueces de Azerbaiyán, Eslovaquia, Georgia, Malta y Moldavia publicaron una opinión separada, en la que dicen no entender por qué Francia ha impedido el traslado de Lambert a una clínica especializada, tal como solicitaban los demandantes.

Los jueces disidentes recuerdan que Lambert no está en muerte cerebral y “nada prueba que sufra”.

“Para ellos, la ley Leonetti de 2005, sobre los derechos de los enfermos y el fin de la vida, no es clara y aseguran el Tribunal ha perdido la conciencia con esta sentencia.”

No obstante para la opinión mayoritaria de la Gran Sala del TEDH, Francia había puesto en marcha “un marco normativo adecuado para asegurar la protección de la vida de los pacientes”.

Debemos indicar que la polémica Ley Leonettiut supra citada, fue aprobada en Francia a raíz de la polémica surgida en 2003 a raíz de la historia del joven tetraplégico Vincent Humbert al que su madre ayudó a morir.

Este caso contribuyó a que el Parlamento francés aprobara en 2005 una ley que reconoce el derecho a "dejar morir", aunque no autoriza la eutanasia activa.

Dicha eutanasia, sería demandada por la paciente Chantal Sèbire, la cual falleció el miércoles 19 de marzo de 2008, en circunstancias por esclarecer, tras denegarle la justicia la eutanasia activa que había solicitado.

Chantal Sèbire sufría un tumor en las fosas nasales que había desfigurado su rostro y le provocaba "atroces" dolores, en la agonía de una enfermedad degenerativa e incurable.

La ley francesa de 2005, sólo permite a los doctores medicar a los pacientes que lo soliciten hasta que entren en coma y, en ese estado, aguardar la muerte.

"Una solución que Sèbire consideraba indigna y que rechazaba con contundencia, deseosa de ver su final de una forma más rápida y rodeada de sus allegados."

"Quiero terminar la fiesta rodeada de mis hijos, amigos y médicos antes de dormirme definitivamente al amanecer", había dicho la paciente.

Dentro del Continente Europeo, podemos citar también la reciente sentencia de 11 de abril de 2017, donde la Justicia Británica autorizó que se desconectara de las máquinas que lo mantenían con vida a un bebé de ocho meses, con graves daños cerebrales debido a una enfermedad genética con la que había nacido, en contra de la voluntad de sus padres, que querían trasladar al pequeño a Estados Unidos, para que recibiera un tratamiento experimental.

El juez encargado del caso, Nicholas Francis, ha explicado que tomó la decisión "con la mayor de las tristezas" pero con "la absoluta convicción" de estar haciendo lo mejor para el bebé, que merece "una muerte digna".

Charlie, que así se llamaba el bebé, tenía una enfermedad mitocondrial que causa el debilitamiento progresivo de los músculos y daños cerebrales.

En el continente americano, podemos destacar:



En Estados Unidos la Jurisprudencia exige, para suspender un tratamiento de un enfermo incapacitado, es preciso poder demostrar que el enfermo, si pudiera hacerlo pediría lo mismo.

Así en abril de 1991 el Tribunal Supremo Federal “haciendo propia una sentencia del Estado de Missouri”, ha dictaminado que no debían retirar el tubo de respiración de la enferma Nancy Cruzan, que permanecía en estado vegetativo desde 1983, por accidente de circulación, a pesar de que sus padres lo solicitaban desde 1987, simplemente porque no pudieron aportar pruebas a lo largo del procedimiento, de que esa hubiera sido la voluntad de la paciente, de haberse podido manifestar la misma.

Por su parte en Canadá, el viernes 6 de febrero del 2015, el Tribunal Supremo revocó por unanimidad la prohibición del suicidio mecánicamente asistido.

“Los médicos podrán ayudar a quitarse la vida, facilitando los fármacos correspondientes, a personas adultas en plenas facultades que padezcan un sufrimiento —físico o psicológico— intolerable y permanente y que hayan manifestado claramente su voluntad de acabar con su vida, según han informado los medios locales. La sentencia afirma que el “derecho a vivir” no debe transformarse en una “obligación de vivir”. El fallo no obliga a los médicos a colaborar con quien les pida ayuda para quitarse la vida. Estos podrán objetar si así lo consideran.”

“La sentencia pone fin a las demandas de dos personas: Lee Carter —cuya madre, Kay, padecía una enfermedad degenerativa— y Gloria Taylor. Kay Carter murió en Suiza, donde esta práctica se permite, en 2010. Gloria Taylor falleció por la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que padecía en Canadá en 2012.”

Por su parte, establece la sentencia que esta forma de acabar con el sufrimiento consiste “en que un médico aconseja y receta la combinación de fármacos que deben tomarse para morir, pero es el interesado quien debe ingerirlos por sus medios.”

Por su parte en Quebec, es legal la ayuda médica a la muerte.

Continuando en el continente americano, en la Sentencia C- 239 de 1997 (M.P. Carlos Gaviria Díaz) la Corte Constitucional colombiana declaró exequible el artículo 326 del Código Penal (Decreto 100 de 1980) que establece la punibilidad del homicidio por piedad (“El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”) con la advertencia de que “en el caso de los enfermos

terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta esta justificada".

En esta sentencia hito sobre el tema de la eutanasia en Colombia en donde se diferencia la eutanasia que tiene como fin ayudar a morir dignamente, de la eugenesia para mejorar la raza, y el criterio del consentimiento previo, libre e informado para que se produzca la despenalización se encuentra en principio una causal de justificación que posibilitaría la eutanasia activa en nuestro país.

Del mismo modo en esta jurisprudencia se resolvió la tensión del derecho a la vida con el derecho a la dignidad humana y se estableció que la vida no es un derecho absoluto y que, "...cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentra, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad..." se justificaría la muerte por piedad.

En esta misma sentencia se dijo en torno al derecho a la vida que no se puede obligar a vivir y se dispuso que,

"Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas, así una inmensa mayoría de la población las estime intangibles. Porque, precisamente, la filosofía que informa la Carta se cifra en su propósito de erradicar la crueldad. Desde una perspectiva pluralista no puede afirmarse el deber absoluto de vivir.

Quien vive como obligatoria una conducta, en función de sus creencias religiosas o morales, no puede pretender que ella se haga coercitivamente exigible a todos; sólo que a él se le permita vivir su vida moral plena y actuar en función de ella sin interferencias.

Además, si el respeto a la dignidad humana, irradia el ordenamiento, es claro que la vida no puede verse simplemente como algo sagrado, hasta el punto de desconocer la situación real en la que se encuentra el individuo y su posición frente el valor de la vida para sí.

En palabras de esta Corte: el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad".

Por otra parte en cuanto la posibilidad de la eutanasia, se estableció que esta era posible cuando se realice por un médico con el consentimiento libre e informado del paciente y siempre que se trate de enfermedades terminales que le impliquen intensos sufrimientos. En este caso no puede ser aplicado el artículo de homicidio por piedad. Sobre este punto se dijo en la Sentencia que,

"El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico".

El consentimiento debe ser "libre, manifestando inequívocamente su capacidad de comprender en la situación en que se encuentra y de que posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y las opciones terapéuticas y su pronóstico. Del mismo modo advierte que el paciente debe contar con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión."

Analizando la Jurisprudencia en Asia, podemos destacar el caso de Aruna, sobre el que se pronunció la Corte Suprema de la India en marzo de 2011, puesto que a partir de entonces, tras este célebre caso, se legalizó la eutanasia pasiva en la India, aunque no se concediera para el supuesto concreto que estaba en litigio.

Los antecedentes de hecho en este caso eran los siguientes:

"En noviembre de 1973, cuando tenía 25 años, Aruna fue violada por un empleado del centro médico que después la estranguló con una correa de perro cortándole el suministro de oxígeno al cerebro, lo que la ocasionó un daño irreversible que la dejó en estado vegetativo y ciega. Su agresor pasó siete años en prisión condenado por intento de robo y asesinato, pero nunca fue juzgado por violación."

Ante la petición de uno de sus amigos que le permitieran morir dignamente, el alto tribunal rechazó esa petición para este caso concreto, "pero la sentencia legalizó la eutanasia pasiva en India, un hecho histórico para el país."

En este caso, la Corte Suprema negó dicho derecho hasta que no se expidiera una regulación al respecto.

Sin embargo, dispuso que "mientras la eutanasia activa no era posible (por ejemplo mediante una inyección letal), si lo era la eutanasia pasiva, es decir la posibilidad de

desconexión de los medios médicos artificiales cuando exista autorización de la Corte Suprema, petición expresa de los familiares y el visto bueno de tres médicos especialistas.”

“Tras cuatro décadas en coma, Aruna, la mujer cuyo caso llevó la eutanasia al gigante asiático, murió sin que a ella se le aplicase esa medida.”

Por su parte en Corea del Sur, en sentencia de 28 de noviembre de 2008, se abrió las puertas a la eutanasia.

En dicho asunto, un tribunal civil surcoreano aceptó la demanda presentada por los hijos de una mujer de 75 años, apellidada Kim, que se encontraba en estado vegetativo, para que se la desconectara del aparato de respiración artificial que la mantenía con vida, encontrándose la paciente en coma desde febrero de 2007 y sin posibilidad de recuperación, en un caso de "eutanasia pasiva".

“En Corea del Sur no existe una ley que reconozca la eutanasia, pasiva o activa, y este fallo judicial es el primero a favor de derecho a morir de un paciente en estado terminal. Y aunque el tribunal ha dejado claro que esta sentencia supone un caso aislado, y no una aprobación de la eutanasia en general, expresa a la vez su deseo de que sirva de punto de partida para que se inicie un debate sobre la muerte digna y se establezca una ley al respecto.”

Par su sentencia, el tribunal alegó dos aspectos: “la anciana no puede recuperar su conciencia ni sobrevivir sin la ayuda de un aparato, por lo que el actual tratamiento médico no podría nunca facilitar su recuperación.”

Además, consideró que la señora Kim había manifestado su voluntad de morir dignamente en lugar de estar atada a un respirador, por lo que todo induce a pensar que "habría expresado su preferencia" por morir a seguir en la situación en la que se encontraba.

En Japón, la Corte Suprema autorizó en 1995 la práctica de la eutanasia, aunque sólo bajo determinadas condiciones y además debido a la cultura del país, no se suele llevar a la práctica.

## **TERCERA PARTE: LA EUTANASIA Y LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA:**

### **9. EL DEBATE SOBRE LA DIGNIDAD, LIBERTAD PERSONAL Y EL DERECHO A LA VIDA:**

En la eutanasia se ven comprometidos diversos derechos fundamentales promulgados en el propio texto constitucional, el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art.15 CE), el principio de la dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE) y la libertad ideológica, religiosa y de culto (art. 16 CE), por lo tanto es un tema en el que confluyen distintas perspectivas médicas, filosóficas, éticas y que debe ser estudiado de igual manera desde una perspectiva jurídica, haciendo hincapié en su vertiente constitucional.

El derecho a la vida, es uno de los derechos fundamentales, sino el primordial, que posee todo ser humano, el artículo 15 de la CE promulga que *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral”*. El derecho a la vida se considera *“Un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo”*.<sup>27</sup> Por lo tanto es un derecho que precede al resto de los derechos fundamentales.

Analizado esto, se plantea un debate sobre la disponibilidad de la propia vida, ¿Puede ser la vida disponible para una persona o por el contrario esta no va a poder disponer en ningún caso de su propia vida? En este artículo 15 de la Constitución Española se incluye la libertad del individuo de poner fin a su propia vida, pero en ningún caso posee un derecho de hacerlo. Es decir tendría la libertad de dar por finalizada su vida mediante el suicidio, que es una conducta que no es penable (por razones de política criminal, ya que si el suicida fallece se extingue su responsabilidad, mientras que si falla en su intento, la idea que persiste es en la de ayudarlo no en sancionarlo).

En esta línea Pérez Royo sostiene que existe libertad para poner fin a la vida de uno mismo ya que el suicidio no está tipificado como delito, pero de lo que se trata es de

---

<sup>27</sup> SIMON F. (2008). Derechos de la Niñez y Adolescencia: De la Convención sobre los Derechos del Niño a las Legislaciones Integrales. Tomo II. Cevallos, editora jurídica. Quito-Ecuador. Pág. 43.

tener derecho, es decir, de poder recabar la ayuda de terceros para el ejercicio del mismo, o de oponerse a cualquier acción que pretenda impedir tal ejercicio.<sup>28</sup>

Por su parte, Llamazares Fernández, afirma que el suicidio se trata de un derecho subjetivo sin más y no un derecho constitucionalmente amparado, lo cual implica que tampoco el deber de la vida es un deber constitucional<sup>29</sup>, pues no se infiere del texto del artículo 15 CE la existencia de un deber de vivir.

Llegados a este punto podemos citar una idea base sacada de la sentencia 53/1985, de 11 de abril, sobre el aborto: la vida es un bien constitucional que debe ser protegido, es por ello no cabe un derecho subjetivo a poner fin a la propia existencia<sup>30</sup>.

Por otra parte como se anunciaba al principio del punto la Constitución Española en su artículo 10 recoge la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad como fundamentos del orden público y la paz social, este artículo está muy interconectado con el artículo 15 CE sobre derecho a la vida e integridad física y así lo ha determinado el Tribunal Constitucional, *"...indisolublemente relacionado con el derecho a la vida en su dimensión humana se encuentra el valor jurídico fundamental de la dignidad de la persona, reconocido en el artículo 10 como germen o núcleo de unos derechos que le son inherentes. La relevancia y la significación superior de uno y otro valor y de los derechos que los encarnan se manifiesta en su colocación misma en el texto constitucional, ya que el artículo 10 es situado a la cabeza del Título destinado a tratar de los derechos y deberes fundamentales, y el artículo 15 a la cabeza del Capítulo donde se concretan estos derechos, lo que muestra que dentro del sistema constitucional son considerados como el punto de arranque, como el prius lógico y ontológico para la existencia y especificación de los demás derechos"* (STC 53/1985, F.J. 3).

El propio artículo 10 CE no define directamente que es la dignidad, pero si lo ha hecho el Tribunal Constitucional en el fundamento jurídico octavo de esta misma sentencia, cuando afirma que *"...la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás"*.

Para entender el concepto moderno que da el Tribunal Constitucional de la eutanasia, debemos hacer una aproximación conceptual de este término a lo largo de la historia. Podemos empezar diciendo que mientras unos autores le llaman dignidad del hombre, otros hablan de una dignidad humana o afirman que debe de ser conocida como

---

<sup>28</sup> J. Pérez Royo; Curso de Derecho Constitucional; Marcial Pons, Madrid, 2007, p. 280.

<sup>29</sup> D. Llamazares Fernández; op. cit., p. 424.

<sup>30</sup> E. Álvarez Conde, R. Tur Ausina; op. cit., p. 299.

dignidad de la persona y unos terceros, sin embargo, concluyen que debe llamarsele dignidad del ser humano.

Partiendo de su significado etimológico, el término dignidad, proviene del latín dignitas, cuya raíz es dignus, que significa “excelencia, grandeza”.

Así el concepto de dignidad humana puede abordarse desde dos ópticas:

- Por un lado, como una determinada forma de comportarse de una persona.
- Por otro lado, como la calidad que se predica de toda persona.

De esto se desprende que la dignidad, en el contexto de los Derechos Humanos, es la que posee el hombre al momento de iniciarse su desarrollo vital. De ahí que corresponda a todo ser humano y sea exclusiva del mismo.

En el ámbito del Derecho, la dignidad de los seres humanos podría definirse siguiendo a Peces-Barba como un “fundamento de la ética pública de la dignidad, siendo el prius de los valores políticos y jurídicos y de los principios y los derechos que se derivan de estos valores<sup>31</sup>.

Hay quienes apuntan que la dignidad humana es el principio guía del Estado, dado que se presenta desde dos puntos de vista o sentidos, por un lado, el individuo queda libre de ofensas y humillaciones (negativa), mientras que, por el otro, le permite llevar a cabo el libre desarrollo de su propia personalidad y actuación (positiva).

## LA TITULARIDAD DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE Y SU EJERCICIO:

El derecho a morir es el derecho subjetivo del enfermo terminal o incurable a intervenir en el proceso de la muerte adoptando las decisiones relativas al mismo sin intervenciones de terceras personas. E. FERNENDEZ lo definió como el derecho del paciente a controlar el fin de su vida<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Peces-Barba Martínez, Gregorio, Curso de Derechos Fundamentales. Teoría General, Madrid, Universidad Carlos III de Madrid – Boletín Oficial del Estado, 1999, p. 16

<sup>32</sup> FERNANDEZ GARCÍA E, Dignidad humana y eutanasia, Problemas de la eutanasia, Barcelona 1999, p. 35.

El derecho a morir se sitúa en un marco concreto que es el sanitario, por lo que como derecho subjetivo su titularidad corresponde no a cualquier ciudadano, sino a aquel que además tenga la consideración de paciente.

La titularidad de este derecho corresponde a los enfermos incurables y los moribundos y no corresponde sin embargo a terceras personas (familiares, médicos o poderes públicos). Son los enfermos quienes deben adoptar libremente todas las decisiones de su proceso de morir y con las garantías que ofrezca el ordenamiento jurídico. Por lo tanto, es un derecho tanto de titularidad como de naturaleza estrictamente individual.

El derecho de morir dignamente está integrado por un conjunto de facultades, algunas de ellas son propias o específicas de este derecho y otras aunque provienen de la titularidad de otros derechos pero sin embargo el contenido a morir cuando el sujeto se halla en las circunstancias que permiten hablar de tal derecho: ser pacientes terminales o en situación vital insoportable, siguiendo en parte a Méndez Baiges, dichas facultades son<sup>33</sup>:

- A. Derecho a recibir una información veraz y completa sobre el estado de salud que permita tomar las decisiones sobre la misma de acuerdo con la propia y libre voluntad. Este derecho corresponde a todo paciente, no sólo a enfermos incurables y terminales y está regulado en los artículos 4 a 6 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente. Es un derecho que garantiza el consentimiento informado que todo paciente debe dar para cualquier actuación clínica en el ámbito de la salud (también incluye la vertiente negativa o facultad de no ser informado).
- B. Derecho a recibir cuidados paliativos que le permitan morir dignamente al enfermo en fase terminal. Para ello es necesario que los Estados fomenten la creación de unidades de cuidados paliativos, integrados por numerosos profesionales médicos y otros profesionales (asistentes sociales, psicólogos...)
- C. Derecho a rechazar el encarnizamiento y terapéutico, es decir a rechazar todos aquellos tratamientos médicos que son inútiles porque no hay esperanza de curación y cuya única finalidad es prolongar la agonía del enfermo. Este derecho está reconocido internacionalmente<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> MÉNDEZ BAIGES, V, Sobre morir. Eutanasia, derechos, razones, Barcelona 2002, p.53-59

<sup>34</sup> La recomendación del Consejo de Europa y la Propuesta del Parlamento Europeo sobre asistencia a los enfermos terminales de 25 de Abril de 1991, apartado D.



- D. Derecho a recibir un tratamiento antidolor, que palee el sufrimiento, aunque dicho tratamiento tenga como efecto secundario acortar la vida.
- E. Derecho a rechazar cualquier tratamiento médico y a que se interrumpa el ya iniciado: Incluso cuando la ya la negativa o suspensión comporten la muerte. En este sentido algunas leyes autonómicas reconocen expresamente a los enfermos terminales la facultad de rechazar tratamientos de soporte vital que alarguen innecesariamente el sufrimiento.
- F. Derecho a manifestar anticipadamente su voluntad respecto a los cuidados y el tratamiento de su salud para que se cumplan cuando no estén en condiciones de manifestarse. En el derecho español existe la figura del documento de las voluntades anticipadas.

En España el derecho a morir no está contemplado en España como derecho fundamental, y tampoco puede decirse que su reconocimiento jurídico sea una exigencia constitucional, aunque si bien es cierto los principios y valores constitucionales permitan su reglamentación jurídica.

La posible justificación constitucional del derecho a morir debe desligarse del artículo 15 de la CE y del pretendido derecho a disponer de la vida que, según alguna doctrina reconoce dicho precepto<sup>35</sup>. Para otra parte de la doctrina esto es refutable ya que:

- Primero utilizan como argumento a favor que el artículo 15 de la Constitución Española no protege la vida indigna o irreversiblemente deteriorada.<sup>36</sup> Esto puede resultar extremadamente peligroso ya que supone dejar la puerta abierta a una protección estatal selectiva de la vida y a legitimar una posible actuación contra todos aquellos que sufran situaciones vitales poco dignas de ser vividas.
- En segundo lugar, porque aun reconociendo la estrecha relación entre el derecho a la vida y el derecho a morir, esta doctrina considera que no se pueden identificar.

Por otra parte, el principio general de libertad que nuestra Constitución consagra en el artículo 1.1 y en cuya virtud el individuo tiene un ámbito de autonomía personal que le faculta para tomar por sí mismo siempre que no cause daño o menoscabe a los

---

<sup>35</sup> A título de ejemplo, CARBONELL MATEU, J.C, Constitución, suicidio y eutanasia, p. 28. QUERALT, J.J La eutanasia: perspectivas actuales y futuras, p.124. GIMBERNAT ORDEIG, E. Eutanasia y Derecho Penal, p. 109. GASCÓN ABELLÁN, M. Problemas de la eutanasia, p. 99. ATIENZA, M. Tras la justicia. Una introducción al Derecho, p. 133-134.

<sup>36</sup> PECES-BARBA MARTÍNEZ, G., La Eutanasia desde la Filosofía del Derecho, pp. 19-21.

demás<sup>37</sup>, este pasa a ser el principio rector del derecho a morir, al que se deben unir otros valores y principios constitucionales:

El libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE) pues se manifiesta no solo en la vida sino también en la elección de la muerte que cada uno hace, la dignidad de la persona (art. 10.1 CE), es el afectado el que debe decidir dónde está la dignidad de una situación límite como la de la muerte; la libertad ideológica y religiosa (art.16.1 CE) y por último el artículo 15 cuando prohíbe los tratos inhumanos y degradantes.

Hay que hacer una mención especial al consentimiento de los menores, la naturaleza y contenido del mismo, cuando el tratamiento médico se impone y cuando el propio menor desea interrumpir el tratamiento médico que está recibiendo.

En este sentido, la Ley de Autonomía del Paciente, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. el apartado c del artículo 9 de dicho texto legal dispone que: “c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.

A raíz del citado precepto, el legislador reconoce la capacidad del menor para poder prestar consentimiento a partir de los 16 años o cuando está ya emancipado.

Por lo tanto antes de esa edad, parece que no se considerara al menor como capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

No obstante parece que el límite legalmente previsto pudiera chocar en algunos supuestos individuales donde el menor, aunque no alcance esa edad, pueda presentar un grado de madurez lo suficientemente sólido como para ser capaz de prestar su consentimiento en estas circunstancias.

Por lo tanto en estos casos es necesaria la existencia de representación legal para poder prestar el consentimiento.

Serán pues los padres o tutores legales los que deban hacerlo, compelidos por la ley.

---

<sup>37</sup> RUÍZ MIGUEL, A, Autonomía individual y derecho a la propia vida, p. 147-149.

Cabe citar la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que el ámbito de su competencia autonómica aprobó la Junta de Andalucía.

En dicha ley, se reconoce expresamente en el artículo 11 del texto legal, los derechos de los pacientes menores de edad.

Artículo 11. Derechos de los pacientes menores de edad.

“1. Todo paciente menor de edad tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas, de forma adaptada a su capacidad de comprensión. También tiene derecho a que su opinión sea escuchada, siempre que tenga doce años cumplidos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.3.c de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. Cuando los pacientes sean menores de edad y no sean capaces intelectual ni emocionalmente de entender el alcance de la intervención sanitaria propuesta, el otorgamiento del consentimiento informado corresponderá a las personas que sean sus representantes legales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.3.c de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

3. Las personas menores emancipadas o con dieciséis años cumplidos prestarán por sí mismas el consentimiento, si bien sus padres o representantes legales serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión final correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.3.c de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Asimismo, las personas menores emancipadas o con dieciséis años cumplidos tendrán derecho a revocar el consentimiento informado y a rechazar la intervención que les sea propuesta por profesionales sanitarios, en los términos previstos en el artículo 8.

4. En cualquier caso, el proceso de atención a las personas menores de edad respetará las necesidades especiales de estas y se ajustará a lo establecido en la normativa vigente”.

Es interesante destacar este precepto porque parte de los doce años de edad a la hora de fijar el momento en el cual el menor podría prestar su consentimiento y ser escuchado en cuanto al tratamiento médico a aplicar.

No obstante este consentimiento será complementado con la representación de los padres a diferencia de lo que sucede cuando el menor alcanza los 16 años o está ya emancipado, que podría directamente negarse a la práctica de intervención propuesta por el personal sanitario.

Si bien ninguno de los dos textos legales citados menciona el derecho a poner fin a la propia vida, entendemos que dentro del artículo 10.1 de la Constitución que reconoce el derecho a la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad, y poniéndolo en relación con la propia capacidad que la ley otorga en los supuestos mencionados al menor para negarse a recibir determinado tratamiento médico o bien oponerse a su práctica, parece que podría dentro de estos supuestos plantearse la práctica de la eutanasia con la voluntad del menor al amparo de los preceptos mencionados.

No se regula a nivel nacional el consentimiento del menor de 16 años maduro y en caso de conflicto o discrepancia entre la voluntad del menor y sus progenitores debería resolver el Juez.

A estos efectos cabe citar, en caso de conflicto que legalmente se establece la obligación de respetar la voluntad del menor de edad.

La Ley Orgánica de 15 de enero de 1996 de Protección Jurídica del Menor, establece en su art. 2 que "las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva, estableciendo el derecho de los mismos a ser oídos (art. 9).

Recordemos finalmente que todo tratamiento médico incide directamente en la intimidad del menor, no sólo en su salud, y es trascendental para el mismo.

En sentencia de 8 de julio de 2002, el Tribunal Constitucional tuvo la posibilidad de pronunciarse al respecto de la oposición del menor a recibir tratamiento médico.<sup>38</sup>

El TC, señala que nuestro Ordenamiento Jurídico "concede relevancia al consentimiento del menor en relación a determinados actos o situaciones jurídicas y que el art. 162.1º CC excluye la representación legal de los padres de los actos relativos a los derechos de la personalidad, señala que esta exclusión no alcanza al deber de velar y cuidar del menor y sus intereses; y, por otro lado, considera que "el reconocimiento excepcional de la capacidad del menor respecto de determinados actos (...), no es de suyo suficiente para, por vía de equiparación, reconocer la eficacia jurídica de un acto (...) que, por afectar en sentido negativo a la vida, tiene, como notas esenciales, la de ser definitivo y, en consecuencia, irreparable", toda vez, recuerda, que el valor vida es un valor superior del ordenamiento jurídico

---

<sup>38</sup> STC 154/2002, de 18 julio (RTC 2002,154).

constitucional y supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible (SSTC 53/1985, 11 de abril y 120/1990, 27 de junio). De lo que se desprende que la validez del consentimiento del menor de edad en lo que se refiere a su vida tiene limitaciones. Pero, a pesar de lo expuesto, parece que el TC no precisa el alcance que puede tener el consentimiento del menor de edad ni las condiciones de madurez que debe exigírsele”.

## **10. EL RÉGIMEN JURÍDICO DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA:**

Para fijar el régimen jurídico de la eutanasia en España, conviene en un primer momento, fijar los límites constitucionales que existen, citando dos derechos fundamentales recogidos en el propio texto de la Constitución Española de 1978.

En primer lugar, citar el artículo 10.1 CE en el cual se establece como derecho fundamental “la dignidad de la persona”, el cual en el tema que nos atañe puede inferirse no sólo en como la persona quiera vivir sino también la manera en la que quiera morir. “La dignidad humana, es algo permanente y consustancial al ser humano y, por supuesto, se halla presente en el momento de la muerte”.

Por otro lado, el artículo 15 de la CE establece que “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.”

En España, se han realizado regulaciones donde se regula el final de la vida de una persona sin embargo, en ninguna ocasión se ha aprobado una ley ni que regule la eutanasia ni que regule el suicidio asistido. En España, el código penal, en su artículo 143, recoge las penas para quien induzca a otra persona al suicidio:

“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.”

Este artículo posee un tipo objetivo que va a consistir en dos opciones, o bien la causación directa de la muerte de la otra persona o bien en la cooperación necesaria y activa que lleva a la muerte de la otra persona (art. 143.2 y 3) y también posee un tipo subjetivo, cuando el legislador contempla el supuesto en el que el una persona solicite a otro su muerte porque no quiere vivir más (art. 143.4).

En este último supuesto se necesita que la petición del supuesto sea una “petición expresa, seria e inequívoca de este”. Por lo tanto se deben cumplir tres características<sup>39</sup>:

- Petición por la propia persona de la propia muerte: Lo que excluya que se pueda tomar esa decisión “por representación”. Por lo tanto no podrían ser los representantes de los menores de edad ni de los incapacitados los que en su representación hicieran la petición por el menor o por el incapacitado de morir. Así nos encontramos en problemáticas en el caso de enfermos que estén en estado de inconsciencia y no hayan manifestado su deseo de morir en sus voluntades (testamento vital), pues conforme a este artículo, nadie podría decidir por ellos.

- Petición expresa: Lo que quiere decir que debe de ser una petición verbal o escrita y que en ningún caso puede de ser tácita.

- Petición seria: Lo que conlleva que debe de ser una petición firme, sin que adolezca de ningún vicio de violencia, engaño o de error. Debiendo tenerse en cuenta la capacidad que tenga el sujeto en el momento que haga la petición.

- Petición inequívoca: Lo que refleja que la petición no puede dejar lugar a dudas de la voluntad de la persona que pide la muerte.

Otro de los requisitos que apunta este artículo 143.4 es el de que la víctima “sufriera una enfermedad grave” o que “produjera graves padecimientos permanentes y difíciles

---

<sup>39</sup> Tomás-Valiente Lanuza, Laura “La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (art.143)”, Ed. Tirant lo Blanch (2000) p. 128-134

de soportar". Por lo que se deduce que no puede ser cualquier enfermedad sino concretamente una "enfermedad grave".

Este requisito plantea un problema puesto que ¿Qué se podría entender como enfermedad grave?, en este sentido no encontramos ningún concepto jurídico que lo determine, por lo que el juez que enjuicie un supuesto de este artículo va a poseer mucho margen de discrecionalidad para apreciar que va a estar o no estar incluido como "enfermedad grave".

Sobre este requisito se ha pronunciado Ararteko (institución Vasca equivalente al defensor del pueblo) en su resolución de fecha 27 de noviembre de 2013, apuntando que la expresión de este artículo es subjetiva, que deja margen para que el juez pondere las circunstancias de cada caso concreto. En su resolución matiza que "no existe en la ciencia médica una definición de tal concepto [y] determinar si una enfermedad es o no muy grave es un juicio de valor, no objetivo, variable por tanto, que puede ser dinámico" <sup>40</sup>

Una vez analizado el código penal, existe una ley, la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, que recoge en este tema tres figuras importantes, por un lado la figura del consentimiento informado (Art. 8), por otro lado recoge las instrucciones previas (Art. 11) y además recoge la posibilidad que tiene el paciente de negarse a recibir un tratamiento (art. 2.4).

El consentimiento informado previsto en el artículo 8 de la ley 41/2002 prevé que "toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información, haya valorado las opciones propias del caso", la doctrina del Tribunal Supremo, entre otras, la Sentencia de 3882/2001, de 11 de mayo afirma que "... el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente, una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo".

El artículo 3 de esta misma ley que estamos comentando define el consentimiento informado como "...la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente,

---

<sup>40</sup> Ararteko, Resolución del Ararteko, de 27 de noviembre de 2013, por la que se pone fin a una actuación relativa al permiso para atender el cuidado de un familiar de primer grado por razones de enfermedad grave (expediente de queja nº 197/2013/20). Recuperado desde [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_3238\\_3.pdf](http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3238_3.pdf)

manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Sobre el derecho que tiene el enfermo a negarse a un tratamiento (excepto cuando exista riesgo para la salud pública) del artículo 2 apartado 4, se debe citar numerosa doctrina del Tribunal Constitucional; en su Sentencia 37/2011 de 28 de marzo, concretamente en el fundamento jurídico 5, afirma que “el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo”. A continuación este Tribunal añade que “...se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty c. Reino Unido”, apartado 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9)”.

Es necesario en este punto hacer referencia a la figura del Testamento vital, también llamado “documentos de voluntades anticipadas”, “instrucciones previas” y otros términos empleados por la doctrina como “directrices anticipadas” o “testamento biológico” (art. 11 Ley 41/2002). Hay muchas definiciones de lo que comúnmente se llama Testamento vital, por hacer mención a una de ellas, Carbonell Crespi lo define como “...aquél documento, personalísimo, voluntario, público o privado, unilateral, inter vivos y revocable, redactado por una persona capaz, con el objetivo de que surta efectos cuando se encuentre gravemente enferma y no tenga la capacidad legal suficiente para la toma de decisiones, acerca de los futuros cuidados médicos que desea recibir, o el destino de su cuerpo u órganos”<sup>41</sup>. Por otra parte el propio artículo 11 de la Ley 41/2002 en su artículo primero, habla de las instrucciones previas cuando dispone que: “Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el

---

<sup>41</sup> J. Carbonell Crespi; Los documentos de voluntades anticipadas: legislación estatal y autonómica; Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 29.



tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.”

Estos registros comenzaron a utilizarse en Estados Unidos en la década de los 60 del siglo pasado y donde actualmente están muy extendidos. En España la comunidad autónoma pionera en estos registros fue Cataluña en el año 2000. Estos registros pueden hacerse de tres formas normalmente (aunque existen diversas variaciones según comunidades autónomas), pueden realizarse ante notario, ante el personal del registro de cada comunidad y ante tres testigos, de los que al menos dos de ellos no pueden ser familiares de hasta el segundo grado ni tener una relación patrimonial con la persona. La persona que otorga el testamento vital debe de ser además “mayor de edad, capaz y libre” y no tendrá que ser necesariamente paciente según la definición que ofrece el artículo 11 de la Ley 41/2002.<sup>42</sup> Ya que en el momento de realización del testamento vital puede no tener la condición de paciente pero si la va a tener en el momento de las instrucciones previas puede no tener la condición de paciente, aunque si la va a tener en el momento de su puesta en práctica.<sup>43</sup> Además otro de los requisitos es que deben constar estas voluntades por escrito.

Con respecto al contenido del testamento vital, “se puede incluir declaraciones sobre los propios objetivos vitales y valores personales, a modo de ayuda para la interpretación del documento y para la toma de decisiones clínicas; instrucciones sobre los tratamientos o intervenciones médicas que se desea o no se desea recibir (como es el caso de la previsión de rechazo de tratamientos de mantenimiento de vida); designación del representante que actuará como interlocutor del otorgante con los médicos, y declaración de donación de órganos, además de instrucciones sobre el destino del cuerpo una vez fallecido el otorgante”<sup>44</sup>. El contenido del Testamento Vital tiene también una serie de límites que vienen marcados por el artículo 11.3 de la Ley 41/2002 donde se establece que “No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones”. El apartado 4 del artículo 11 también apunta a

---

<sup>42</sup> Art. 3 Ley 41/2002: Las definiciones legales. A efectos de esta Ley se entiende por: (...) Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

<sup>43</sup> J. Carbonell Crespi; op. Cit. pp. 93-95.

<sup>44</sup> J. Carbonell Crespi; op. Cit. pp 93-95.

que este documento es un documento revocable “Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito”.

Los testamentos vitales han de registrarse en el Registro Nacional de Instrucciones previas creado por el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones previas y fichero automatizado de datos de carácter personal. Cuyo objeto es dar a conocer en todo el territorio nacional las instrucciones previas otorgadas por los ciudadanos (Art. 2 RD 124/2007).

Dejando a un lado el panorama nacional, las Comunidades autónomas tienen su propia regulación enfocada a la muerte digna:

- Andalucía: Es la comunidad autónoma pionera en contar con una ley de estas características, que fue aprobada en 2010. Se centra en prohibir lo llamado “ensañamiento terapéutico”, permitiendo a sus pacientes poder rechazar voluntariamente un tratamiento que alargaría su vida de forma artificial. Es la ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

También cuenta desde 2004 con el Registro de Voluntad Vital (Ley 59/2012, de 13 de marzo por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía que ha registrando desde el año 2015 el 15% del total nacional de voluntades.

- Aragón: Aprobó en el 2011 la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte (Ley 10/2011, de 24 de marzo), donde se establece que todas las personas podrán expresar su voluntad incluso de forma anticipada sobre las intervenciones y sobre los tratamientos que desean recibir. Posee también un Registro de Voluntades anticipadas, aprobado por el Decreto 100/2003, de 6 de mayo del Gobierno de Aragón por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.

- Asturias: Sobre este asunto no tiene una ley específica, aunque si que existe un registro para los testamentos vitales, en el que la persona manifiesta de manera anticipada el tratamiento que desea recibir para el caso de que en un futuro no pueda tomar decisiones. A través del Decreto 4/2008 de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

- Islas Baleares: En el año 2015 aprobó la Ley de Derechos y garantías de la persona en el proceso del morir (Ley 4/2015), aunque ya desde el año 2006 contaba con un Registro de Voluntades anticipadas, donde los pacientes de esta comunidad autónoma

pueden fijar que tratamientos desean recibir para el caso en que padezcan una enfermedad terminal, regulado por el Real Decreto 58/2007 que desarrolla la ley 1/2006 de voluntades anticipadas.

- Islas Canarias: Desde 2015 cuenta con la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida (Ley 1/2015) que fija que una vez informado un paciente puede rechazar la intervención propuesta por los sanitarios. Y también tiene un registro de voluntades anticipadas creado por el Real Decreto 13/2016.

- Cantabria: No tiene tampoco una Ley de muerte digna pero si posee un registro para los testamentos vitales. Así la Ley de Cantabria de 7/2002, de 10 de diciembre, de ordenación sanitaria de Cantabria, denominada “expresión de voluntades de carácter previo” y por otro lado el Real Decreto 139/2004 de 5 de diciembre, por el que se regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.

- Castilla y León: En el artículo 30 de su Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud regula las denominadas “instrucciones previas”, junto con el Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de instrucciones previas de Castilla y León.

- Castilla – la Mancha: Tampoco tiene una ley de muerte digna, pero si una sobre voluntades anticipadas (La ley 5/2010 de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla – La Mancha). Derecho que ha sido desarrollado en la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud<sup>45</sup> y en el Real Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades anticipadas en Castilla- la Mancha.

- Cataluña: El departamento de salud gestiona un registro de voluntades anticipadas donde están los testamentos vitales. Cataluña posee la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

- Comunidad Valenciana: Posee una ley de salud aprobada en 2014 (Ley 10/2014 de 29 de diciembre), la cual es la única que prevé la posibilidad de que el médico pudiera objetar en conciencia en el momento de aplicar las voluntades anticipadas. A estos efectos el artículo 45.3 de esta ley dispone que “En caso de que en el cumplimiento del documento de voluntades anticipadas surgiera la objeción de conciencia de algún facultativo, la administración pondrá los recursos suficientes para atender la voluntad

---

<sup>45</sup> Esta Ley desarrolla la Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada. Ha estado vigente hasta el 9 de enero de 2011, momento en que ha entrado en vigor la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.

anticipada de los pacientes en los supuestos recogidos en el actual ordenamiento jurídico”. También posee una ley que regula los derechos y la información a los pacientes (Ley 1/2003). Y por último de igual manera que el resto de comunidades autónomas posee un Decreto (Decreto 168/2004) por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro de la Comunidad Valenciana.

- Extremadura: Posee su propia ley de salud (Ley 10/2001 de 28 de junio), y una ley 3/2005 de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. El Gobierno extremeño también promulgó una Ley (6/2005 de 7 de julio) sobre la declaración de voluntades anticipadas y un Decreto 311/2007 de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de datos de carácter personal del citado Registro.

- Galicia: Cuenta con una ley reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, ley 3/2001 que fue modificada por la ley 3/2005. Y a diferencia de otras comunidades también cuenta con una ley (5/2015) de derechos y garantías de las personas enfermas terminales. De igual manera que las otras comunidades poseen un Decreto de instrucciones previas sobre cuidados y tratamientos (159/2014).

- Madrid: reconoció en el artículo 28 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid el derecho al otorgamiento de “instrucciones previas”, que fue posteriormente regulado en particular por la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. Para la creación de tal registro, prevista en el artículo 12 de dicha Ley, se promulgó el Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.

- Murcia: Cuenta con una ley de derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la región de Murcia (Ley 3/2009 de 11 de mayo) donde se reconoce entre otras cosas en su Capítulo III el derecho a la redacción del documento de “instrucciones previas”, en desarrollo de esta ley aprobaron el Decreto número 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

- Navarra: Posee una ley foral 8/2011 que regula los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte y otra ley foral 11/2002 (modificada por ley 29/2003) sobre derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. El correspondiente registro se creó a través del Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas.

- País Vasco: La ley 7/2002 de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, que prevé en su artículo 6 la creación de un Registro que se regula en el Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y se regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

- La Rioja: Cuenta con una ley (Ley 9/2005 de 30 de septiembre) por la que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad.

## **11. PERSPECTIVAS SOBRE LA REGULARIZACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA:**

Partiendo de la ley de autonomía del paciente de 2002, en la que se establecen como bases la obligación de atender a la voluntad del paciente para aceptar o rechazar tratamientos y a que esta intención quede reflejada en el testamento vital, el Congreso de los Diputados ha debatido en esta legislatura tres propuestas sobre la muerte digna que es interesante analizar puesto que pueden significar un primer paso para una regularización de la eutanasia en España.

Dos de esas propuestas de muerte digna son las presentadas por los partidos políticos de Ciudadanos y del PSOE, que están basadas en regular y extender los cuidados paliativos, mientras que una tercera presentada por Unidos Podemos, se refiere exclusivamente a la eutanasia y al suicidio asistido.

Ciudadanos se había comprometido junto con el Partido Popular a impulsar una ley de muerte digna, sin embargo, la iniciativa promovida por Ciudadanos no hace ninguna mención ni a la eutanasia ni tampoco al suicidio asistido. En su exposición de motivos, deja claro que se trataría de una armonización de todas las regulaciones autonómicas que hay actualmente y contiene algunas especificaciones que si bien no son novedades como tal pues ya las encontramos en la legislación actualmente, se encontrarían más afianzadas: Tal es el caso del derecho a recibir los cuidados paliativos, a pedir que dichos cuidados paliativos se realicen en el domicilio del paciente, a que exista intimidad en el momento de la muerte (que se dispongan habitaciones individuales a tal fin en los centros sanitarios), fija también que los sanitarios no deben anteponer sus ideas a las de los enfermos, con esto está limitando la objeción de conciencia que pudiera existir por el médico a dichos cuidados paliativos.

Por lo que, en gran medida todas estas reformas que pretende Ciudadanos son cuestiones que ya estaban legisladas y ya son puestas en práctica por los facultativos.

Por otro lugar la iniciativa del PSOE que fue rechazada, era muy similar en contenido a la propuesta por Ciudadanos, pero como salvedad podemos recalcar que en su exposición de motivos deja claro que no pretende regular la eutanasia (“esta no es una ley llamada a regular la eutanasia”), aunque posteriormente si reconoce y admite que “la sociedad española parece dispuesta a abrir el debate sobre la eutanasia”.

Es más interesante analizar la ley propuesta por Unidos Podemos por cuanto su proyecto de ley si se centra propiamente en la eutanasia (y ya no en la regularización de los cuidados paliativos como la anterior) afirmando que *“la eutanasia cuenta además con un creciente respaldo de la opinión pública”*.

Unidos Podemos registró en el Congreso de los Diputados una proposición de ley para legalizar la eutanasia, garantizar su práctica en toda España y despenalizar su práctica por parte de los médicos. Esta propuesta por lo tanto emplaza a modificar el Código Penal vigente en el que se castiga la práctica de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Por lo que se propone que el artículo 143.4 del Código Penal quede 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 forma 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 insoportables”*.

Dicha propuesta de ley indicaba que podrían solicitar ese servicio tanto los mayores de 18 años como de igual manera los menores emancipados que sean “capaces y conscientes” y las personas que habiendo perdido ya la consciencia, hubieran dejado firmado un documento de forma previa dando instrucciones en ese sentido. En dicha propuesta se recogen una serie de requisitos para que se pudiera llevar a cabo la práctica:

- Se debe tratar de personas que se encuentren “en la fase terminal de una enfermedad” o que padezcan “sufrimientos físicos o psíquicos que consideren intolerables”.
- Los afectados deben solicitarlo por escrito al menos dos veces con una separación de 15 días entre una petición y la siguiente”. También se contempla que la solicitud pueda ser redactada por otra persona en el caso de que el paciente ya no pudiera escribir.
- La petición debe en todos los casos estar firmada por el médico responsable.

- El paciente debió haber recibido información por parte de los facultativos de todas las alternativas de tratamiento que existen, además los médicos también deben informar a los familiares del paciente que este ha tomado la decisión de morir.
- El médico debe asegurarse de que se trata de una petición totalmente voluntaria sin que existan sobre el paciente presiones externas.
- El médico también debe comunicar la situación del paciente al equipo asistencial constatando que realmente el paciente sufre de una “enfermedad terminal o un sufrimiento físico o psíquico que él considera intolerable”.

Sin embargo, esta proposición de ley ha sido rechazada (con 86 votos a favor, 132 en contra y 122 abstenciones) por el congreso de los diputados ya que el Partido Popular ha votado en contra mientras que el PSOE y Ciudadanos han decidido abstenerse alegando que su postura está más cercana a una ley de muerte digna.

Las encuestas realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), señalan que en el año 2009 el 58´4% de los españoles aceptaban la regulación de la eutanasia mientras que rechazaban esa regulación el 10,3% de los españoles. Mientras que en otra encuesta más reciente del año 2015 realizada por The Economist, la cifra había aumentado considerablemente hasta el 78% de los españoles que estarían de acuerdo con la regulación mientras que únicamente un 7% se pronunció en contra.

## CONCLUSIONES:

1. La eutanasia es un procedimiento que se lleva practicando desde la antigüedad (pueblos como los Lapones, Bosquimanos o los Khoikhoi) hasta nuestros días. Si bien en la antigüedad no estaba mal vista en numerosas ocasiones, es con el cristianismo y durante toda la Edad Media donde la eutanasia ha sufrido una represión más fuerte.

En España, si bien es cierto que no se reconoce derecho alguno sobre la muerte en su Constitución y tanto la eutanasia como el suicidio asistido están penados con penas de cárcel en el artículo 143 del Código Penal de hasta ocho años (aunque se reconocen atenuantes para los supuestos en los que la víctima hubiera realizado una “petición expresa, seria e inequívoca” y además sufriera una enfermedad grave que conduciría a la muerte), la sociedad española parece estar dispuesta tanto a abrir el debate sobre la eutanasia como a proporcionarle una regulación propia que hasta el momento no existe.

2. Este reclamo de la sociedad, la cual parece que se posiciona a favor de esta práctica, con unos porcentajes a favor de la eutanasia que año tras año aumentan, pasando únicamente a pronunciarse en contra de la Eutanasia el 7% de la población española en una encuesta realizada por “The Economist”, se ve materializado en numerosos y diversos proyectos de leyes que parten desde las que únicamente tratan de mejorar y dar mayor importancia a los cuidados paliativos, tratando de que la sociedad vea que si se mejoran dichos cuidados paliativos no sería necesario en ningún caso regular ni la eutanasia ni el suicidio asistido pues el proceso de muerte de los enfermos terminales se produciría con más dignidad y menor padecimiento.

Sin embargo, también se ha llevado al Congreso de los Diputados proyectos de leyes muy actuales que pretenden regular la Eutanasia y despenalizarla en nuestro país, para mayores de 18 años y menores de 16 años que se encuentren emancipados. Este proyecto de ley regula unos requisitos para esta práctica que son muy parecidos y en ocasiones idénticos a los que poseen otros países de nuestro entorno en los que la eutanasia o el suicidio asistido son totalmente lícitos.

3. Estos países entre los que debemos citar obligatoriamente Suiza o Holanda por ser los países pioneros en estas prácticas, han influido mucho en los demás países del entorno y en ocasiones han demostrado también como las sociedades piden una regularización favorable a la eutanasia en sus países, al ser países y pensemos en el caso de Suiza que cuentan con un “turismo de eutanasia” creciente y que se ha venido duplicando en cuatro años, no pudiéndonos olvidar de que España es uno de los



países con mayor número de “turistas” que optaron por el suicidio asistido en el país alpino.

4. Debemos concluir la exposición indicando que el principal debate que suscita esta cuestión está principalmente ligado a la libertad individual, la autonomía de la voluntad, frente a la posición del Estado y de las instancias internacionales, cada vez más proclives a ceder ante la autonomía de la voluntad, de manera que la cuestión hoy en día ya no es tanto sobre si hay un derecho a morir dignamente, sino sobre en qué condiciones puede ejercerse ese derecho.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

### **A.) AUTORES:**

- ARESCA, LAURA, “Cuidados Paliativos: Calidad de Vida en el Final de la Vida”
- BAJO FERNANDEZ, MIGUEL “Manual de derecho penal, parte Especial”, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, 1991.
- CARBONELL CRESPI, JOSE ANTONIO; “Los documentos de voluntades anticipadas: legislación estatal y autonómica”; Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 2010.
- CICCONE, LINO., “Eutanasia, problema cattolico o problema di tutti”, Ed. Città Nuova, Roma, 1991.
- CORCOY BIDASOLO, MIRENTXU.; “La regulación legal de la eutanasia en el Código Penal español. Propuestas de reformas legislativas”; en B. Mendoza Buergo (Ed.) Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas; Civitas Thomson Reuters, Cizur Menor, Navarra, 2010.
- DEL CANO, MARCOS, “La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico”. Ed. Pons, Madrid, 1999.
- DIAZ ARANDA, ENRIQUE “Dogmática del suicidio y homicidio consentido”, Universidad Complutense de Madrid, Centro de estudios judiciales del Ministerio de Justicia, Madrid, 1995.
- FERNANDEZ GARCÍA EUSEBIO, Dignidad humana y eutanasia, Problemas de la eutanasia, Barcelona 1999.
- GIMBERNAT ORDEIG, ENRIQUE “Estudios de derecho penal”, Madrid, Tecnos, 1990.
- ISLAS DE GONZALEZ MARISCAL, OLGA “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia”, Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal, Granada, Ed. Comares, 2001.
- JOSÉ BASTIDA, FRANCISCO, “Autonomía del paciente, responsabilidad patrimonial y derechos fundamentales”

- PAREJO GUZMÁN, MARIA JOSÉ; “La Eutanasia ¿un Derecho?”; Thomson Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2005.
- PECES-BARBA MARTINEZ, GREGORIO, “Curso de Derechos Fundamentales. Teoría General”, Madrid, Universidad Carlos III de Madrid – Boletín Oficial del Estado, 1999.
- PÉREZ ROYO, JAVIER.; Curso de Derecho Constitucional; Marcial Pons, Madrid, 2007.
- PÉREZ VARELA, VICTOR M. “Eutanasia ¿Piedad o delito?”, México, Jus, 1986.
- RUBIO CARRACEDO, JOSÉ 1991,.
- SERRANO RUIZ CALDERÓN, JOSE MIGUEL; “Eutanasia y vida dependiente: inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia”; Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001.
- SIMON, FARITH. (2008). Derechos de la Niñez y Adolescencia: De la Convención sobre los Derechos del Niño a las Legislaciones Integrales. Tomo II. Cevallos, editora jurídica. Quito-Ecuador.
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA LAURA, “La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (art.143)”, Ed. Tirant lo blanch (2000).

## **B.) DECLARACIONES Y DOCUMENTOS:**

- Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de cuidados paliativos aprobada por el Comité Directivo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el 26 de enero de 2002.
- Guía de Sedación Paliativa de la OMC y la SECPAL realizada en Madrid, 29 de octubre de 2011.
- Declaración de la AMM sobre Eutanasia, adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, Octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015.

- “El derecho a la sedación paliativa” documento elaborado por el Grupo de Trabajo “Atención Médica al final de la vida” Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Decálogo de la iglesia católica acerca de la eutanasia.
- Código de Deontología Médica (Organización Médica Colegial de España, 2011)
- Código internacional de la Ética Médica (1949).

### **C.) LEGISLACIÓN:**

- Recomendación relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos, adoptada en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 1976.
- Declaración de Venecia sobre la Enfermedad terminal, adoptada en la 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia. Octubre 1983.
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Atención de Pacientes con Fuertes Dolores crónicos en las Enfermedades Terminales. Adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial. Rancho Mirage, California, EE. UU, octubre 1990
- . Protección de los enfermos en la etapa final de su vida, asamblea parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia, adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el suicidio con ayuda médica, adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, Septiembre de 1992 y revisada en su redacción por la 170 Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005.

- El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Ratificado por España por Instrumento de 23 de julio de 1999 y con entrada en vigor el 1 de enero de 2000.
- Ley orgánica de 15 de enero de 1996 de protección jurídica del menor.
- La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de 2005.
- La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hecha en Nueva York, de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España el 23 de noviembre de 2007, con entrada en vigor el 3 de mayo de 2008 y concretada en la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- La Carta de Derechos Fundamentales, hecha en Niza el 7 de diciembre de 2000.
- Protocolo de Groningen: Protocolo publicado en el año 2005 por la Facultad de Medicina de la Universidad de Groningen (Holanda)

## **LEGISLACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA:**

### **ANDALUCÍA:**

- Ley 2/2016 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte.
- Ley 59/2012, de 13 de marzo por el que se regula la organización y funcionamiento del registro de Voluntades Vitales de Andalucía-

### **ARAGÓN:**

- Ley 10/2011, de 24 de marzo de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir o de la muerte.
- RD 100/2003 de 6 de mayo del Gobierno de Aragón por el que se aprueba el Reglamento de organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.

#### ASTURIAS:

- RD 4/2008 de 23 de enero de organización y funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de instrucciones previas en el ámbito sanitario.

#### ISLAS BALEARES:

- Ley 4/2015 de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.
- RD 58/2004 que desarrolla la Ley 1/2016 de voluntades anticipadas.

#### ISLAS CANARIAS:

- Ley 1/2015 de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso del final de la vida.
- RD 13/2016 del registro de voluntades anticipadas.

#### CANTABRIA:

- Ley 7/2002 de 10 de diciembre de Ordenación sanitaria de Cantabria.
- RD 139/2004 de 5 de diciembre por el que se regula el Registro de Voluntades previas de Cantabria.

#### CASTILLA Y LEÓN:

- Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
- RD 30/2007 de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de instrucciones previas de Castilla y León.

#### CASTILLA LA MANCHA:

- Ley 5/2010 de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla – La Mancha.
- Ley 6/2005 de 7 de julio, sobre declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud.
- RD 15/2006, de 21 de febrero, de Registro de Voluntades anticipadas en Castilla- La Mancha.

#### CATALUÑA:

- Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica.

#### COMUNIDAD VALENCIANA:

- Ley 10/2014 de 29 de diciembre de salud.
- Ley 1/2003 reguladora d los derechos y la información de los pacientes.
- RD 168/2004 por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el Registro de la Comunidad Valenciana.

#### EXTREMADURA:

- Ley 10/2001 de 28 de junio de salud.
- Ley 3/2005 de 8 de julio de información sanitaria y autonomía del paciente.
- Ley 6/2015 de 7 de julio sobre la declaración de Voluntades Anticipadas.
- RD 311/2007 de 15 de octubre por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de expresión anticipada de voluntades de la Comunidad autónoma de Extremadura y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal.

#### GALICIA:

- Ley 3/2005 reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- Ley 5/2015 de derechos y garantías de las personas enfermas terminales.
- RD 154/2014 de instrucciones previas sobre cuidados y tratamientos.

#### MADRID:

- Ley 12/2001 de 21 de diciembre de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 3/2005 de 23 de mayo por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.
- RD 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones previas de la Comunidad de Madrid.

#### MURCIA:

- Ley 3/2009 de 11 de mayo de derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la región de Murcia.
- RD 80/2005 de 8 de julio por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

#### NAVARRA:

- Ley Foral 8/2011 que regula los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte.
- Ley Foral 11/2002 (modificada por ley 29/2003) sobre derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.
- RD Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas.

#### **D.) JURISPRUDENCIA Y RESOLUCIONES:**



- Ararteko, Resolución del Ararteko, de 27 de noviembre de 2013, por la que se pone fin a una actuación relativa al permiso para atender el cuidado de un familiar de primer grado por razones de enfermedad grave (expediente de queja nº 197/2013/20).
- Sentencia del Tribunal Supremo 3882/2001, de 11 de mayo.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011 de 28 de marzo.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty c. Reino Unido”, apartado 63
- Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 de julio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 julio (RTC 2002,154).
- Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, 11 de abril y 120/1990, 27 de junio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 132/1989
- Sentencia de 4 de noviembre de 2009 de Tribunal de Tarragona.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), en Sentencia del TEDH Alda Gross vs. Suiza (nº 67810/10) del 14 de mayo 2013.
- Sentencia TEDH (Gran Sala), asunto Lambert y otros contra Francia, de 5 de junio de 2015.

#### **E.) PÁGINAS WEB:**

- ALTISENT TROTA, R et al, (2002) Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid: Recuperado de <http://www.condignidad.org/>
- ALTISENT TROTA, R et al, (2016) El derecho a la sedación paliativa. Madrid: Recuperado de <http://infocuidadospaliativos.com>

- CAÑAS, GABRIELA, (2015) Estrasburgo avala que se deje morir a un hombre en estado vegetativo. Paris: Recuperado de <http://internacional.elpais.com/>
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, (1993) La Eutanasia 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Recuperado de <http://www.unav.es/>
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS, (2011) Código de deontología médica. Recuperado de <https://www.cgcom.es>
- DE BENITO, EMILIO, (2015) El Supremo de Canadá permite el suicidio médicamente asistido. Madrid: Recuperado de <http://internacional.elpais.com>
- EFE (2015) Sentencia histórica en favor de la eutanasia en Europa. Europa: Recuperado de <http://elcorreoweb.es/>
- EL MUNDO (2008) Francia se replantea la eutanasia conmocionada por el caso de Chantal Sébire. Paris: Recuperado de <http://www.elmundo.es>
- ESPLUGAS BOTER, ALBERT. Suicidio, suicidio asistido y eutanasia involuntaria. Recuperado de <http://www.liberalismo.org>
- ESQUIVEL JIMÉNEZ, JUAN, (2003-2004) El derecho a una muerte digna: la eutanasia. Barcelona: Recuperado de <http://www.ub.edu>
- EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS, (2015) Lambert and Others v. France: there would be no violation of Article 2 of the European Convention on Human Rights in the event of implementation of the Conseil d'État judgment of 24 June 2014. Estrasburgo: Recuperado de <http://ep00.epimg.net/>
- EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS, (2015) Sentencia TEDH (Gran Sala), asunto Lambert y otros contra Francia, de 5 de junio de 2015 (versión inglesa). Declara que no ha habido violación del artículo 2 de la Convención en la decisión de retirar soporte vital a paciente en estado vegetativo. Estrasburgo: Recuperado de <http://www.iustel.com/>
- GÓMEZ SANCHO, MARCOS, (2015) Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Recuperado de <http://www.infocuidadospaliativos.com/>

- HERMIDA, XOSÉ, (2005) El juzgado archiva la causa por la muerte de Ramón Sampedro. Santiago de Compostela: Recuperado de <http://elpais.com/>
- INFOPALIATIVOS, (2016) La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado. Recuperado de <http://infocuidadospaliativos.com>
- INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER, (2010) Cuidados paliativos durante el cáncer. EEUU: Recuperado de <https://www.cancer.gov>
- LÓPEZ GUERRERO, ANGEL JOSÉ, et al, (1993) La eutanasia en el mundo. Galicia: <http://aebioetica.org/>
- MACIÁ GÓMEZ, RAMÓN, (2008) Eutanasia: concepto legal. Recuperado de <https://www.eutanasia.ws>
- MARTÍN, LAURA, (2016) ¿Qué son los cuidados paliativos? Atlanta, EEUU: Recuperado de <https://medlineplus.gov>
- MARTIN, VICTOR, (2015) Muere la mujer que llevó la eutanasia a la India tras 42 años en coma. Nueva Delhi: Recuperado de <http://cadenaser.com>
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, (2016) La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado. Madrid: Recuperado de <http://www.cgcom.es>
- RAE, Eutanasia. Recuperado de <http://dle.rae.es>
- RAMÍREZ CLEVES, GONZALO, (2012) La eutanasia: alguna jurisprudencia y legislación reciente. Recuperado de <http://iureamicorum.blogspot.com.es>
- REQUENA MEANA, PABLO, (2012) Eutanasia. Argentina: Recuperado de <http://www.encyclopediadebioetica.com>
- SCHLÜTER, HANNE-LORE. Aspectos bioéticos y derechos humanos de la eutanasia. Recuperado de <https://www.eutanasia.ws>
- SOUPREME COURT OF INDIA, (2011) Writ petition (crl.) no(s). 115 of 2009. India: Recuperado de <http://www.supremecourtfindia.nic.in>

- TREJO GARCÍA, ELMA DEL CARMEN, (2007) Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia. México: Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx>
- VIDA DIGNA, (2013) Sentencia Europea sobre suicidio asistido caso de ALDA GROSS. Recuperado de <http://www.vida-digna.org>